

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N° 176

**LE COMPORTEMENT OBSTETRICAL
DE L'UTERUS BICORNE**

A propos de 29 observations

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 17 Mai 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard POULIN

né le 13 Juin 1949

à BRIGNAIS (Rhône)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON

MÉDECINE

U. E. R. ALEXIS-CARRREL

Année 1985-86

Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 17 Mai 1986

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard POULIN

né le 25 Juin 1959

https://archive.org/details/IA41554219_0021

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. ALEXIS-CARREL

Année 1978 - N°

**LE COMPORTEMENT OBSTETRICAL
DE L'UTERUS BICORNE**

A propos de 29 observations

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 17 Mai 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard POULIN

né le 13 Juin 1949

à BRIGNAIS (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON

- MEDICINE -

U. E. R. ALEXIS-CARRIEL

Année 1977 - 78

LE COMPORTEMENT OBSTETRICAL DE L'UTERUS BICOQUE

A propos de 28 observations



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 17 Mai 1978

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Bernard FOULIN

né le 13 Juin 1949

à BRIGNAIS (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD

Président de l'Université - Professeur D. GERMAIN.

Premier Vice-Président - Professeur E. ELBAZ.

Secrétaire Général - M. J. RAMBAUD.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ET LEUR DIRECTEUR

ALEXIS CARREL - Professeur R. MORNEX.

GRANGE-BLANCHE - Docteur B. SALLE. (Maître de Conférences Agrégé)

LYON-NORD - Docteur J.P. NEIDHARDT. (Maître de Conférences Agrégé)

SUD-OUEST - Professeur J. NORMAND.

BIOLOGIE HUMAINE - Docteur REVILLARD. (Maître de Conférences
Agrégé)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Docteur A. MORGON.

(Maître de Conférences Agrégé)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Professeur C.A. BIZOLLON.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Docteur R. VINCENT.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE - M. A. MILLON.

MATHEMATIQUES - Professeur E. COMBET.

PHYSIQUE - Professeur J. DELMAU.

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Professeur J. HUET.

SCIENCES DE LA NATURE - Professeur R. GINET.

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Melle le Professeur J.F. WORBE.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 1 - Professeur B.
POUYET.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE n° 2 - Professeur GALLET.
Directeur ENSAM.

OBSERVATOIRE - M. Guy MONNET - Astronome Adjoint.

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Professeur M. GUSAKOW.

U.E.R. DE MECANIQUE - Professeur Geneviève COMTE-BELLIOT.

RESPONSABLES D'ENSEIGNEMENT

DE L'U.E.R. ALEXIS CARREL

1er Cycle -

Anatomie - M. le Professeur Alain BOUCHET.

Biologie - M. le Professeur Christian GIROD.

Chimie-Biochimie - M. le Professeur Louis COLOBERT.

M. le Docteur Claude NOFRE, Maître de
Conférences Agrégé.

Histologie-Embryologie-Cytogénétique - M.le Professeur
Christian GIROD.

Mathématiques-Statistiques - M. le Professeur Jean SITE.

Physiologie - M. le Docteur Michel PELLET, Maître de
Conférences Agrégé.

M. le Docteur Michel SCHMITT, Maître de
Conférences Agrégé.

Physique-Biophysique - M. le Professeur Michel BERGER.

Psychologie-Médicale - M. le Professeur Jean GUYOTAT.

Sciences Sociales et Economie Médicale - M. le Professeur
Louis ROCHE.

2ème Cycle -

Anatomie Pathologique - M. le Professeur Michel TOMMASI.

M. le Docteur Robert LOIRE, Maître
de Conférences Agrégé.

Bactériologie - M. le Professeur Jean FLEURETTE.

Cardiologie - M. le Professeur Roger FROMENT.

M. le Professeur André GONIN.

Chirurgie Cardiaque - M. le Professeur Gilbert MARET.

Chirurgie Digestive - M. le Professeur Jacques FRANCILLON.

Chirurgie Générale - M. le Professeur Henri LIARAS.

M. le Professeur Jacques DESCOTES.

M. le Professeur Georges SPAY, Maître de
Conférences Agrégé.

Chirurgie Infantile - M. le Docteur Maurice DAUDET, Maître
de Conférences Agrégé.

Chirurgie Osseuse-Orthopédique - M. le Professeur Georges
de MOURGUES.

M. le Docteur Jacques COMTET,
Maître de Conférences Agrégé.

Dermatologie - M. le Docteur PERROT, Maître de Conférences
Agrégé.

Endocrinologie - M. le Docteur François BERTHEZENE, Maître de
Conférences Agrégé.

Gastro-Entérologie - M. le Professeur André BEL.

Génétique Générale - M. le Docteur Michel HERMIER, Maître de
Conférences Agrégé.

Gynécologie - M. le Professeur Yves ROCHET.

M. le Docteur Alain BREMOND, Maître de Conférences
Agrégé.

Hémobiologie - M. le Professeur Pierre MOREL.

Hygiène - M. le Docteur Jean-Claude MONIER, Maître de
Conférences Agrégé.

Maladies Infectieuses - M. Maurice GIROUD, Professeur Agrégé
du Val de Grâce.

Maladies du Sang - M. le Professeur Louis REVOL.

Médecine Expérimentale - M. le Professeur Jacques BOURRET.
M. le Docteur EYSSETTE.

Néphrologie - M. le Professeur Bernard FRANCOIS.

Neuro-Chirurgie - M. le Professeur Louis MANSUY.
M. le Docteur Georges FISCHER, Maître de
Conférences Agrégé.

Neurologie - M. le Professeur Michel DEVIC.

Obstétrique - M. le Professeur René GARMIER.

Ophtalmologie - M. le Docteur PAUPERT-RAVAULT, Maître de
Conférences Agrégé.

Oto-Rhino-Laryngologie - M. le Professeur Henri MARTIN.

Parasitologie - M. le Docteur BATTESTI.

Pédiatrie - M. le Professeur René FRANCOIS.

Pharmacologie - M. le Docteur EVREUX, Maître de Conférences
Agrégé.

Pneumo-Phtisiologie - M. le Professeur Roger TOURAINÉ.
M. le Docteur J.P. BERNARD, Maître de
Conférences Agrégé.

Psychologie - M.le Professeur Jean GUYOTAT.
M. le Docteur MARIE-CARDINE, Maître de
Conférences Agrégé.

Radiologie - M. le Docteur BUFFARD, Maître de Conférences
Agrégé.
M. le Docteur Louis CHOLLAT, Maître de Conférences
Agrégé.

Rhumatologie - M. le Docteur MEUNIER, Maître de Conférences
Agrégé.

Séméiologie Chirurgicale - M. le Docteur Jacques VIGNAL,
Maître de Conférences Agrégé.

Séméiologie Médicale - M. le Professeur Jean-Jacques VIALA.

Stomatologie - M. le Professeur Pierre DUMAS.

Urgence-Réanimation - M. le Professeur Raymond DELEUZE.
Mme le Docteur Suzanne ESTANOVE,
Maître de Conférences Agrégé.

Urologie - M. le Docteur P. DUBERNARD.

Examineurs de la Thèse :

Président : Monsieur le Professeur M. DUMONT

Assesseurs : Monsieur le Professeur R. GARMIER

Monsieur le Professeur F. CHARVET

Monsieur le Professeur Agrégé D. DARGENT

Monsieur le Docteur H. GABRIEL

A tous les miens

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Martial DUMONT
Professeur de Clinique Obstétricale

L'intérêt qu'il porte aux malformations
utérines le désignait à la présidence
de ce nouveau travail.

Nous le prions de trouver dans ces pages le
témoignage de notre profond respect.

A nos Juges,

Monsieur le Professeur René GARMIER

Il nous a accueilli avec une aimable spontanéité.

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir accepté de
siéger parmi nos juges.

Monsieur le Professeur Frédéric CHARVET

Nous le remercions de l'enthousiasme avec lequel
il a accepté de juger cette thèse.

Monsieur le Professeur Agrégé Daniel DARGENT

Son dynamisme nous a séduit. Nous lui sommes d'autant reconnaissant de s'être penché sur ces pages que ses minutes sont précieuses.

Monsieur le Docteur Henri GABRIEL

Elève des plus grands, les évènements n'ont pas voulu qu'il soit à son tour un Maître. Son acharnement, son expérience, la rapidité de son esprit en font, à nos yeux, le meilleur des médecins, et le pire des adversaires.

Il nous a accueilli dans sa famille voici trente-huit semestres avec la plus grande bienveillance. Il veut bien aujourd'hui nous juger ; il l'a fait depuis longtemps.

Les malformations utérines, depuis longtemps connues, posent un problème thérapeutique récent. Face à une classification maintes fois remaniée, persiste une attitude thérapeutique uniciste qui surprend.

Après avoir rappelé l'embryologie, l'anatomie, la physiologie, le comportement habituel et pathologique de l'utérus bicorne, nous exposerons à travers 29 observations les éléments qui nous ont conduit à adopter un traitement propre à ce type malformatif.

CHAPITRE I

BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

DEFINITION

ANATOMIE

- . Bases embryologiques
- . Origine des malformations
- . Classification des malformations
- . Malformations associées
- . Evolution

PHYSIOLOGIE

- . Morphologie de la cavité
- . Structure du myomètre
- . Béance cervico-isthmique
- . Structure de l'endomètre
- . Troubles hormonaux associés
- . Phénomènes spasmodiques

ORIGINE

DEFINITION EMBRYOLOGIQUE

L'utérus bicorne proprement dit, unicervical, est constitué par l'absence de fusion des deux ébauches müllériennes dans leur partie haute et moyenne, alors que la partie inférieure est normalement accolée, ce qui témoigne d'un processus malformatif incomplet.

DEFINITION ANATOMIQUE

Ainsi est formé un utérus à col unique et corps double.



ANATOMIE

BASES EMBRYOLOGIQUES

La malformation observée provient de la mise en place et de l'évolution des ébauches génito-urinaires. Le défaut d'accolement vertical des ébauches latérales explique les différentes formes anatomiques d'une part, et les lésions associées de l'appareil urinaire d'autre part ; en effet :

lors de la phase urinaire (20° au 30° jour de la vie embryonnaire), débute la mise en place des éléments wolffiens, futures voies excrétrices urinaires.

lors de la phase mixte, urinaire et génitale (35° au 65° jour de la vie embryonnaire), se termine la mise en place des éléments urinaires, alors que débute la formation des ébauches müllériennes avec, de haut en bas :

- . la future trompe de FALLOPE
- . la future corne utérine : les deux canaux se rejoignent sans s'accoler, parallèles dans leur portion terminale.
- . la future portion cervico-vaginale, suite du segment double précédent.

lors de la phase génitale (65° au 85° jour de la vie embryonnaire), se produit l'accolement des deux canaux dans leur portion inférieure avec de bas en haut le haut-vagin, le col, le corps utérin.

La résorption de la cloison d'accolement des canaux se produit entre le 80° et le 120°
jour de la vie embryonnaire ; elle débute dans la région isthmique pour s'étendre vers le bas rapidement, et vers le haut plus lentement.

ORIGINE DES MALFORMATIONS

Le plus souvent, les bifidités proviennent d'une déficience des deux dernières phases d'accolement et de résorption septale, alors que les éléments urinaires sont en place, ce qui explique la rareté des malformations urinaires associées aux bifidités, mais explique mal la formation d'un utérus cloisonné avec cavité borgne. (44-142)

Plus rarement, et plus précocement (lors de la phase génito-urinaire), plusieurs types de troubles peuvent être observés :

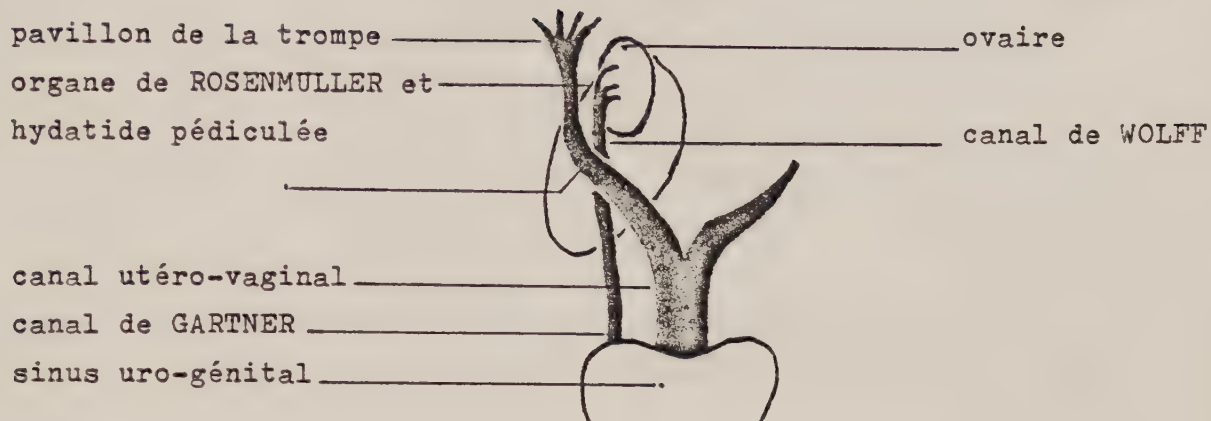
- . à la suite d'une déficience wolffienne
unilatérale une déficience müllérienne par non induction, avec formation d'un hémio-utérus borgne ou normal adjoint à un hémio-tractus contro-latérale normal ou légèrement déficient.
- . une atteinte mixte proprement dite, avec toutes les combinaisons entre une atteinte rénale limitée à l'ectopie, et une atteinte génitale de type agénésie.
- . une atteinte müllérienne isolée, unilatérale
avec asymétrie utérine jusqu'à l'unicornisme, ou bilatérale avec bifidités, ou agénésies jusqu'au syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER.

Ainsi, dans l'évolution du processus malformatif, apparaissent les limites accordées au bicornisme vrai, unicervical :

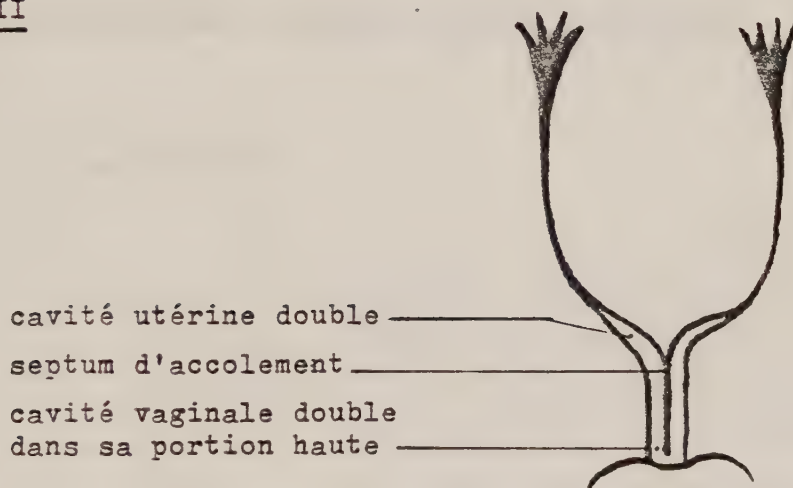
- . les bifidités hétérogènes par atrophie de

EVOLUTION DES EBAUCHES EMBRYONNAIRES

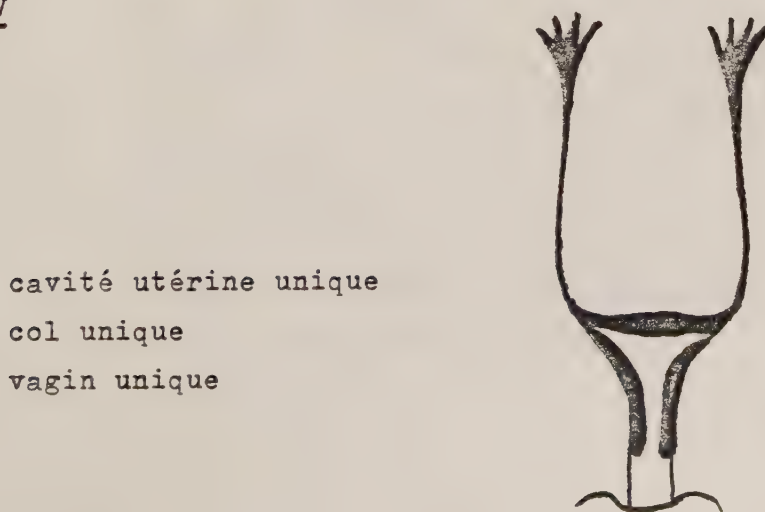
STADE II



STADE III



STADE IV



l'un des deux corps utérins, volontiers non fonctionnel (pseudo-unicorne de MUSSET).

- . les dualités cavitaires vraies, correspondant aux utérus septaux, que l'hystérographie objective, par défaut de résorption d'un septum dont la base correspond parfois à une incisure médiane, explorable par la coelioscopie.

Entre ces deux formes s'étalent, de façon continue, tous les degrés d'inégalité, d'indépendance corporelle.

CLASSIFICATION DES MALFORMATIONS UTERINES

HISTORIQUE

La connaissance des malformations utérines est fort ancienne (OBSEQUENS - 450). Le bilan en fut dressé plus tard : MORGANI et CATTI en 1557, puis BAUHIN en 1599, ont recours à la dissection, suivis de RIOLAN en 1625, BARTHOLIN en 1651, et de BORELLI en 1670. DIONIS en 1693 décrit une double matrice fusionnée en un col unique.

GEOFFROY-SAINT-HILAIRE en 1832 fonde sa classification sur une théorie anatomique et embryologique.

FOERSTER en 1854, POZZI en 1890, OMBREDANNE et MARTIN en 1903, forment de nouvelles théories anatomiques.

BECLERE dresse le bilan anatomique des malformations, tandis que JARCHO apporte de nouveaux éléments (1946), suivi de POLLOSSON en 1948.

JONES en 1957 évoque la valeur fonctionnelle utérine. CORDIER et ROY-CAMILLE en 1958 complètent la classification d'OMBREDANNE et MARTIN.

CHAUSSEON reprend les éléments embryologiques comme base de description.

MUSSET enfin, en 1964, dresse avec BELAISCH une classification qu'eux seuls viendront modifier avec MULLER en y adjoignant la classe des utérus communicants. Ces auteurs fondent leur étude sur les éléments embryologiques, cliniques, anatomiques, radiologiques, chirurgicaux, et insistent sur la nécessité de situer précisément une malformation utérine dans cette classification. Nous verrons plus tard pourquoi.

CLASSIFICATION DE MUSSET ET BELAISCH (1964)

C'est volontairement que nous ignorerons les classifications d'OMBREDANNE, JONES, JARCHO, ainsi que leurs correspondances entre elles et avec la classification présente ; la confusion est encore trop grande ; il faut les oublier.

AGNÉSIE UTERINE qui peut être

TOTALE observée uniquement sur des foetus non viables

PARTIELLE ou syndrome de ROKITANSKY-KUSTER-HAUSER correspondant à une aplasie müllérienne avec ovaires normaux, sans vagin.

auxquelles on peut ajouter

APLASIE UNILATERALE complète : utérus UNICORNE

APLASIE UNILATERALE incomplète : PSEUDO-
UNICORNE

APLASIE MIXTE : unilatérale complète et
controlatérale incomplète.

LES HEMI-MATRICES qui correspondent à la persistance plus ou moins complète de la dualité embryologique :

UTERUS BICORNE BICERVICAL constitué par la persistance de la dualité sur toute la hauteur du tractus. Les deux cols peuvent être accolés ou éloignés. Les corps utérins peuvent être inégaux. Présence d'un repli vésico-rectal ligamentaire. Possible rétention menstruelle unilatérale par atrésie d'un hémi-col ou d'un hémi-vagin. Vagin double possible et fréquent.

UTERUS BICORNE UNICERVICAL : par défaut de fusion sur la partie moyenne et haute du tractus. Ce groupe fera l'objet d'une description plus loin.

UTERUS UNICORNE qui peut être individualisé ici ou rattaché au groupe des agénésies utérines partielles.

UTERUS CLOISONNES qui correspondent à un défaut de résorption de la cloison d'accolement des deux ébauches müllériennes :

CLOISON TOTALE parfois en continuité avec une cloison vaginale. L'angle des deux cavités est habituellement aigu. Parfois une cavité est borgne et loge une rétention menstruelle.
(142)

CLOISON SUBTOTALE qui ne sépare pas l'isthme en deux cavités.

CLOISON CORPOREALE très courte, accrochée au fond utérin qui est parfois incisuré extérieurement.

CLOISON CERVICALE très rare, par persistance d'une cloison partielle et basse endocervicale.

UTERUS COMMUNICANTS

Par communication horizontale, alors que demeure une séparation verticale qui peut être du type BICORNE ou SEPTALE.

MUSSET insiste sur la MALPOSITION UTERINE souvent associée.

APERCU DES PRINCIPALES "DUPLICITES" COMPATIBLES AVEC LA
REPRODUCTION EN L'ABSENCE DE PLASTIE

UTERUS UNICORNES



UTERUS BICORNES UNICERVICAUX



UTERUS BICORNES BICERVICAUX



UTERUS CLOISONNES



UTERUS RETENTIONNELS



UTERUS COMMUNICANTS

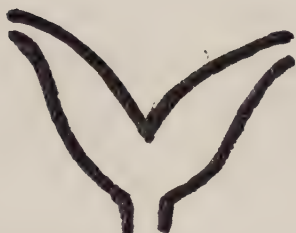


UTERUS BICORNES UNICERVICAUX



UTERUS BICORNE PARFAIT

deux cornes divergentes sensiblement égales et fusiformes
deux demi-isthmes



UTERUS BICORNE SIMPLE

deux cornes fusiformes
isthme unique



UTERUS BICORNE ASYMETRIQUE

deux cornes perméables



UTERUS ARCUATUS

dit CORDIFORME ou à fond échancré
incisure externe visible à la coelioscopie
corps inférieur sensiblement normal
isthme unique

JARCHO et d'autres auteurs font une place spéciale à cette forme qu'ils ne considèrent pas comme bicorne : nous y reviendrons.

FREQUENCE

Ainsi que nous le verrons plus loin, il est illusoire d'avancer des chiffres précis, d'une part à cause de la minceur et de l'inégalité des échantillons analysés qui révèlent des résultats entre eux discordants (46-92-117-158), il faut d'autre part tenir compte du mutisme de l'affection, dont le degré est lui-même difficile à apprécier.

Globalement, un utérus est malformé dans trois cas sur mille, comme en témoignent les statistiques françaises et étrangères : DUMONT et CARTAULT, à LYON, ont analysé les observations de cinq années (46).

La découverte en est aussi bien gynécologique (66), qu'obstétricale (92), avec une fréquence équivalente.

Les utérus bicavitaires représentent 60 % de ces malformations, ainsi réparties :

- . utérus septaux : 40 %
- . utérus bicornes : 27 % parmi lesquels le parfait, le simple et l'arcuatus représentent chacun 8 %, l'asymétrique 3 % seulement.

En réalité, le comportement obstétrical est variable d'une forme anatomique à l'autre ; il semble donc impossible d'en établir les proportions relatives dans le cadre du bicornisme vrai.

LES MALFORMATIONS ASSOCIEES AUX UTERUS BICORNES

LES MALFORMATIONS URINAIRES

Nous avons vu que lors de la mise en place des ébauches wolffiennes et müllériennes, les deux appareils peuvent être atteints conjointement (43), dans le cadre des malformations utérines. Une malformation urinaire est ainsi relevée dans 10 à 30 % des cas, selon qu'il s'agit des utérus bicornes symétriques (114) ou asymétriques (156). En cas d'inégalité, la lésion urinaire est volontiers unilatérale, et du côté de la corne atrophique. Ainsi ont été décrites :

- . une agénésie réno-urétérale complète (donc unilatérale)
- . une agénésie rénale avec uretère terminal perméable.
- . une aplasie ou hypoplasie rénale avec uretère perméable pouvant entraîner une hypertension artérielle (curable chirurgicalement).

LES MALFORMATIONS OSSEUSES

Responsables de dystocies, elles sont peu importantes et rares dans le cadre du bicornisme. Il s'agit principalement d'hypoplasies des os du bassin, et d'anomalies de la colonne lombo-sacrée.

PRESENCE D'UN LIGAMENT INTER VESICO-RECTAL qui pont le fond du corps utérin et sépare les deux cornes. Vestige du canal allantoïdien, résidu mésenchymateux avec ou sans diverticule rectal ou vésical, sa nature et sa fréquence sont inégalement appréciées (86, 118).

CLOISONNEMENT DU VAGIN

Rare, il témoigne d'un double processus malformatif.

HYPOPLASIE DU VAGIN

Très rare dans le cadre du bicornisme vrai (92).

STENOSE CONGENITALE DU COL,

ou infantilisme cervical, plus rare encore (111).

LA BEANCE CERVICO-ISTHMIQUE ANATOMIQUE

Constitutionnellement, elle est associée aux utérus bicavitaires (septaux et bicornes) dans 30 % des cas (PALMER). Sur un utérus non gravide, elle peut être dépistée mécaniquement et radiologiquement. Hélas, cette béance peut être cliniquement absente et se manifester fonctionnellement sur un utérus gravide, ou bien encore acquise, provoquée ou aggravée par des gestes de différentes natures.

EVOLUTION ANATOMIQUE

La distension et le travail d'une ou plusieurs grossesses peuvent modifier l'anatomie de la malformation au point que la cloison intercervicale d'un utérus bicorne bicervical peut être effacée. L'utérus devient bicorne unicervical, et béant (143).

PHYSIOLOGIE DE L'UTERUS BICORNE

L'anatomie de l'utérus ne résume pas l'ensemble des troubles et ne porte pas à elle seule la responsabilité de la pathologie des utérus bicornes.

MORPHOLOGIE DE LA CAVITE UTERINE

Par son volume, cette cavité intervient et fait entrer la notion de "défaut de pointure" ou de capacité gestationnelle. Cette notion explique mal la possible gémelliparité et les accidents survenant après grossesse à terme.

Par sa forme, elle peut expliquer les troubles de l'insertion placentaire et de l'accomodation foetale.

STRUCTURE DU MYOMETRE

Pour JONES l'utérus est "principalement malformé et accessoirement hypoplasique". Deux éléments semblent intervenir : un défaut vasculaire, encore que les descriptions anatomiques n'y insistent pas ; un défaut hormonal plutôt, souvent associé, et sur lequel nous reviendrons.

Les fibres musculaires utérines sont organisées dans l'espace de façon à permettre distension, accomodation, et travail efficace : une couche interne circulaire, une couche moyenne plexiforme, une couche externe transversale, ainsi disposées dans un utérus normal, sont fréquemment désorganisées s'il y a une malformation corporéale.

Une grossesse qui se développe dans un utérus bicorne n'en bénéficie donc pas, à plus forte raison si le corps utérin a été remanié par un geste chirurgical.

Physiologiquement la poussée du corps utérin commence lors de la phase pré-pubertaire, alors qu'à la naissance il ne représente que la moitié de la hauteur totale de l'utérus. Un défaut de réceptivité locale a été invoqué : myomètre et endomètre auraient chacun leur seuil de sensibilité propre (69) sous l'influence globale d'une insuffisance vasculaire (138).

Lors de la grossesse, la corne non gravide évolue comme son adelphe, mais à un degré moindre et pourra se comporter comme une tumeur praevia.

Les myomes et les fibromes sont plus fréquemment associés.

L'hypoplasie peut être partielle, antérieure, responsable d'une antéflexion accrue, postérieure, responsable d'une rétroflexion.

BEANCE CERVICO-ISTHMIQUE

Son association à l'utérus bicorne dépasse 30 % des cas (92). Bien que congénitalement associée à la malformation corporéale, cette béance peut rester muette, d'autant qu'on ne la recherche pas, et se manifester fonctionnellement, au cours d'une grossesse ; il semble d'ailleurs qu'elle s'aggrave au fil des distensions.

La connaissance de cette association est capitale comme nous le verrons, car elle porte une lourde responsabilité dans la fréquence des complications obstétricales. Les résultats de notre présente étude nous incitent à penser que la fréquence de l'association de la béance isthmique à la malformation utérine est bien supérieure à 30 %, chiffre de PALMER. (130)

Ainsi, cette anomalie doit être recherchée quand on connaît l'existence de la malformation utérine. Inversement, en face d'une béance, on devra rechercher une anomalie utérine.

STRUCTURE DE L'ENDOMETRE

L'endomètre peut être normal, mais à l'hypoplasie corporéale est souvent associée une hypoplasie, voire une atrophie de l'endomètre.

L'anatomo-pathologie nous apprend que la répétition des avortements entraîne l'évolution d'une sclérose vasculaire de l'endomètre, elle-même responsable par retour d'une hypotrophie de l'endomètre. L'ensemble de ce processus est encore aggravé par la présence d'une hypertension artérielle ou d'un diabète (102).

A l'inverse a été décrite une hyperplasie polypoïde (111) sous la dépendance d'un trouble hormonal.

Cette structure est explorable par la biopsie que nous développerons plus loin.

TROUBLES HORMONAUX

Considérés comme habituels, ils tiennent sous leur dépendance une déficience de l'endomètre, un défaut de trophicité générale, qui justifient le traitement médical, dont il est permis de supposer que l'échec est imputable à une mauvaise réceptivité locale (138).

TROUBLES SPASMODIQUES

L'anatomie et le contexte hormonal, tous deux anormaux, permettent d'expliquer la présence de contractions utérines anormales et douloureuses lors des premiers mois.

ORIGINE

Si aucun facteur tératogène n'est actuellement reconnu, le caractère génétique des malformations utérines mérite d'être discuté :

Nous rapportons deux observations (n° 2 et 20) où, à chaque fois, deux soeurs sont porteuses d'une anomalie utérine ; la mère des premières avait présenté des avortements et des accouchements prématurés, la mère des secondes des accouchements précoces seulement.

GAVEL, d'autre part, insiste sur la répartition géographique de ses cas, curieusement groupés en ilots (73).

Nous pensons qu'il ne s'agit pas d'une coïncidence.

CHAPITRE II

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

COMPORTEMENT OBSTETRICAL HABITUEL

ASSOCIATIONS PATHOLOGIQUES

COMPORTEMENT POST-CHIRURGICAL

CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

- Au cours d'un examen systématique
- Stérilité primo-secondaire
- Interruption de la grossesse
- Découverte fortuite
- Jamais : mutisme de l'affection

Après avoir exposé l'anatomie puis la physiologie des utérus bicornes, nous décrirons les circonstances qui conduisent à la découverte de cette affection, certaines à bas bruit, d'autres dans un tableau compliqué. Il convient d'étudier ces tableaux dans l'ordre même de la vie génitale en rappelant la synergie fonctionnelle entre les deux corps utérins au long des cycles comme de la grossesse. Pendant la grossesse, en effet, la corne non gravide présente les mêmes modifications que la corne gravide : l'augmentation de volume fait suite à l'arrêt des cycles, la cavité s'agrandit, la vascularisation augmente, la muqueuse s'épaissit en caduque.

DECOUVERTE LORS D'UN EXAMEN SYSTEMATIQUE

C'est probablement la circonstance la plus rare ; elle existe toutefois, soit que la main palpe des masses suspectes (Obs. n° 13 et 20), soit qu'une hystérographie est demandée au cours d'un bilan (troubles urinaires ; stérilet).

STERILITE PRIMO-SECONDAIRE

Cette circonstance de découverte est retrouvée dans 8 % des cas. Si certains insistent sur la haute stérilité des utérus bicornes avec des valeurs qui varient entre 15 et 40 %, d'autres auteurs reconnaissent la stérilité comme faible en avançant le chiffre de 2 à 3 grossesses au cours de la vie génitale d'une femme porteuse de cette affection. Ce chiffre moyen est, bien entendu, ininterprétable, car certaines femmes seront normalement fécondes, alors que d'autres, peu nombreuses, seront définitivement stériles. Lors des bilans pour stérilité, les auteurs s'accordent pour citer 15 % de bifidités utérines.

Le degré de la malformation est totalement indépendant du degré de stérilité, et aucun chiffre ne peut être avancé. Toutefois, l'utérus ARCUATUS semble nettement plus souvent mis en cause (109).

Ce n'est pas tant la bifidité que les lésions associées qui induisent la stérilité : ainsi sont souvent retrouvés, et probablement responsables, les troubles hormonaux, les malformations tubo-annexielles, une infection qui peut trouver un meilleur terrain sur ce support vasculairement et anatomiquement anormal. Enfin, toutes les causes usuelles de stérilité (124), endométriose, myome intra-cavitaire.

Toutefois, dans un nombre de cas au demeurant très faible, la malformation corporeale semble être seule responsable, si la stérilité persiste en l'absence de tout trouble, ou après sa correction, et qu'une grossesse vient à se développer après plastie (1-74-111). Il s'agit là, nous le répétons, de cas isolés, car l'utérus bicorne est en fait peu stérile. S'il l'est, sa valeur dans ce domaine pourra lui être rendue par un traitement médical.

Il convient enfin d'insister sur le fait que la stérilité peut se manifester "secondairement" après une phase de fécondité.

INTERRUPTION DE GROSSESSES

Les avortements ouvrent la scène dans 80 % des cas. Si les malformations utérines sont abortives, l'utérus bicorne n'échappe pas à cette complication majeure tant par sa fréquence que par son retentissement. Le taux global d'interruption de grossesse (10 %), atteint 35 % en cas de bicornisme (46).

La responsabilité du bicornisme par rapport aux autres malformations est délicate à quantifier, soit que les classifications utilisées sont différentes, soit que les auteurs ne distinguent pas l'avortement de la prématurité, et ne parlent que de perte foetale, sans évoquer la mortalité foetale pure, sans préciser le rang de cette interruption.

Si la perte foetale est de 56 % pour CHARTIER (27) avec 32 % d'avortements et 24 % de prématurité, elle atteint 70 % pour GAILLOT, avec 40 % d'avortements et 30 % de prématurité, chiffres voisins de ceux de HORMANN (85), et descend à 32 % avec DUMONT et CARTAULT qui dénombrent 23 % d'avortements et 9 % de prématurité.

Plus discordants encore sont les résultats de CHOSSON qui, dans ses statistiques d'avortements, ne retrouve aucun bicorne (33). De même, PALMER cite un chiffre nul : "à moins qu'une béance isthmique soit associée, le bicorne expose peu à l'avortement, beaucoup plus à la prématurité". (130).

Ces auteurs s'accordent pour reconnaître que la prématurité correspond à un défaut de pointure, et que l'avortement semble le fait d'une béance cervico-isthmique. JONES qualifie le bicorne d'utérus à faible capacité gestationnelle, mais muni d'un bon col ; nous avons vu que, dans un cas sur trois au moins, son opinion est fausse.

Au total, il semble qu'un utérus bicorne expose à l'avortement dans 27 % des cas (27). D'autre part, l'avortement semble plus fréquent que la prématurité.

Le caractère hautement répétitif de l'interruption de grossesse vient étouffer la distinction précédente entre avortement et prématurité : en effet, la lésion demeure et expose aux mêmes complications à chaque nouvelle grossesse. Bien que l'avortement survienne de plus en plus tardivement, on ne peut compter sur la distension progressive de l'utérus au fil des grossesses. Il apparaît capital, au contraire, de s'attacher aux lésions associées : la béance cervicale, le déficit hormonal surtout, et parfois un diabète, une hypertension, volontiers assortis d'une sclérose de l'endomètre, dont nous avons déjà précisé qu'elle s'aggrave au rythme des avortements : telles seront d'ailleurs les dictées de la thérapeutique.

L'avortement peut survenir après d'autres troubles comme après un accouchement d'un enfant vivant, voire à terme ; il est donc impossible de prévoir le comportement d'une nouvelle grossesse d'après les antécédents qu'ils soient favorables ou non.

Aucun parallélisme n'est retenu, en FRANCE, entre le degré malformatif et la fréquence des complications. Les plus abortifs sont les extrêmes, les moins abortifs les intermédiaires et parmi eux l'utérus bicorne. Il convient de distinguer l'utérus ARCUATUS qui est plus abortif que les autres bicornes.

Tout avortement risque de compliquer cette situation d'une synéchie, d'une infection. Enfin, quel que soit le mode d'interruption de grossesse, et a fortiori lorsqu'elle se renouvelle, il faudra tenir compte du retentissement psychologique.

DECOUVERTE FORTUITE

C'est parfois une présentation vicieuse qui met sur la route du diagnostic, une révision utérine qui sent nettement une cavité double, une intervention chirurgicale sur l'abdomen, une césarienne.

D'autres fois, cette malformation est flairée, quand on a déjà découvert une malformation urinaire, et que l'on connaît ce type d'association.

MUTISME DE L'AFFECTION

Toute malformation, pour peu que demeure la perméabilité, permet l'achèvement d'une, voire de plusieurs grossesses, comme en témoignent la majorité des auteurs.

Tout chiffre serait ici nécessairement faux.

Toute femme porteuse d'un utérus bicorne aura probablement connu, sans qu'aucune enquête soit menée, l'une ou l'autre des complications habituelles de son affection.

Ainsi, le diagnostic peut-il ne jamais être porté, ou porté "trop tard", notamment après la ménopause, comme à propos d'une néoformation (151).

LE COMPORTEMENT OBSTETRICAL HABITUEL

Pertes sanglantes per-gravidiques

Douleurs des premiers mois

Présentation

Travail

Délivrance

Pronostic

LES PERTES SANGLAN TES

Cet incident, a priori peu grave, et fréquent dans le cadre du bicornisme (34), expose au risque d'un traitement intempestif, pour peu que la grossesse soit ignorée. Ces pertes sanglantes, volontiers continues, ne sont pas nécessairement le signe d'une menace d'avortement (153). Il peut s'agir du rejet d'une membrane déciduale de la corne non gravide.

Ces pertes peuvent revêtir un aspect pseudo-menstruel, pendant les trois premiers mois de la grossesse. Elles proviennent, dans ce cas, de la corne non gravide.

LES DOULEURS DES PREMIERS MOIS

Indépendantes des pertes sanglantes, elles peuvent les accompagner, sans s'y superposer.

LA PRESENTATION

Elément de base du pronostic de l'accouchement, la présentation est ici volontiers anormale, avec des chiffres de fréquence probablement inférieurs à ceux que citent DUMONT et CARTAULT (46) qui rapportent sur 25 utérus bicornes, 19 présentations anormales (76 %). Une telle incidence doit, d'ailleurs, pousser à rechercher, en face de toute présentation anormale, une malformation du corps utérin.

L'individualisation de l'utérus arcuatus fait apparaître, au sein des utérus bicornes, un pic de fréquence particulièrement élevé de la présentation transversale, dans cette forme anatomique, liée au fait que chacun des pôles occupe une corne :

Cette constatation confirme l'opinion de PALMER (130).

Les utérus bicornes sont ainsi responsables des présentations suivantes :

- . par le sommet dans 24 % des cas
- . par le siège dans 36 % des cas
- . transversalement dans 40 % des cas.

Inversement, sur une population d'utérus malformés, les utérus bicornes sont responsables de :

- . 18 % des présentations par le sommet
- . 20 % des présentations par le siège
- . 80 % des présentations transversales

alors qu'ils ne totalisent que 27 % des malformations utérines. Ainsi, d'après les chiffres de DUMONT et CARTAULT, les utérus bicornes sont invoqués moins souvent que les autres malformations dans le cadre des présentations par le sommet et par le siège, mais beaucoup plus souvent dans le cadre des présentations transversales. La responsabilité de cette répartition incombe aux utérus arcuatus.

Le défaut d'adaptation, l'obstacle à la rotation que l'utérus constitue par la forme de sa cavité, sont encore aggravés par la déficience motrice d'un tel corps utérin ; au caractère d'irréductibilité que revêt souvent la malposition, faut-il ainsi ajouter le danger de procidence du cordon.

Les manoeuvres obstétricales sont nécessaires :

- . dans 6 cas sur 21 bicornes non cordiformes, soit 29 %
- . dans 4 cas sur 8 bicornes cordiformes, soit 50 % ;

Les interventions chirurgicales sont nécessaires :

- . dans 6 cas sur 21 bicornes non cordiformes, soit 29 %
- . dans 4 cas sur 8 bicornes cordiformes, soit 50 % :

Ainsi les utérus bicornes non cordiformes exposent à la présentation par le siège et dans 42 % des cas, l'accouchement sera spontané, alors que l'utérus arcuatus expose à la présentation transversale, moins favorable, sans accouchement spontané, puisque dans 50 % des cas une manoeuvre obstétricale est nécessaire, et que dans 50 % des cas une intervention chirurgicale est nécessaire.

LE TRAVAIL

LE TRAVAIL EUTOCIQUE

Le déroulement du travail est habituellement simple ; la béance isthmique associée dans plus d'un cas sur trois permet un accouchement plus rapide ; dans d'autres cas, malgré cette béance, le travail balbutie, mal soutenu par un muscle hypoplasique, dont les fibres sont désorganisées.

LES DYSTOCIES ANATOMIQUES

L'obliquité de la corne gravide est réductible spontanément. Les anomalies osseuses sont toujours d'un degré très faible, à moins qu'il ne s'agisse d'une association fortuite. L'extrême rareté des malformations vaginales adjointes à l'utérus bicorne nous incite à ne pas les individualiser ; leur traitement, ici, n'a rien de spécifique et il n'est plus l'heure d'en faire le diagnostic au moment du travail.

LE TRAVAIL COMPLIQUE

Plusieurs types d'incidents viennent grever le pronostic de l'accouchement ; certains sont imputables à la malformation, d'autres y sont librement associés ; la rareté de ces complications, comme de leur publication, ne permet pas, à chaque fois, d'en évaluer la fréquence relative au sein du bicornisme.

Corne non gravide praevia

D'après l'étude de DUMONT et CARTAULT, cette éventualité se présente dans 4,6 % des utérus bicornes, et, vis à vis de cet

incident, l'utérus bicorne est retrouvé dans 36 % des cas. Ici encore les chiffres que nous rapportons nous semblent très élevés. Cette complication est probablement plus rare et plus le fait des autres matrices bicorporéales. L'aboutissement non traité en est la rupture de la corne gravide, ou bien la rétention de tête dernière.

Rupture utérine

Lors du travail, cette complication est exceptionnelle ; tout au plus peut-il y avoir rupture si la grossesse s'est développée dans une corne rudimentaire et ceci, toujours avant le cinquième mois (43'-141). Un tel accident demeure possible et procède en fait peu d'une présentation vicieuse, plus volontiers d'un obstacle praevia, qu'il s'agisse de la corne non gravide ou du placenta.

Le placenta praevia

Il semble difficile d'affirmer que la malformation utérine favorise l'insertion placentaire au voisinage du col et, a priori, cette complication est rarement citée (64) ; les conséquences obstétricales sont majorées, les indications thérapeutiques voisines.

Procidence du cordon

Nous l'avons déjà évoquée ; ici, peut-être, la forme de l'utérus en augmente-t-elle la fréquence, par les troubles de la présentation qu'elle entraîne, et la rupture prématurée des membranes (158).

Arrêt du travail

Cette phase, qui peut être très brève, peut, au contraire, traîner en longueur si le travail est inefficace, et nous savons qu'il peut l'être.

LA DELIVRANCE

Cette dernière phase peut également faire l'objet de complications sous forme d'hémorragies du post-partum. On distingue habituellement la rétention de l'inertie utérine (89), mais les deux phénomènes peuvent coexister ici. On comprend, en effet, qu'à la malformation corporeale puisse être associée une anomalie de la caduque (enchatonnement du placenta) responsable d'adhérence puis de rétention (100-158). Parmi les utérus malformés, le bicorne serait le plus souvent invoqué avec une fréquence de 44 % (118), ce qui explique la fréquence des délivrances artificielles, qui peuvent d'ailleurs constituer un mode de découverte.

PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT

Actuellement, par le dépistage que constituent les visites répétées, lors de la grossesse, on peut affirmer que, dans le cadre de l'utérus bicorne, la mortalité maternelle a disparu, ou tout ou plus, que la malformation ne peut porter à elle seule la responsabilité d'une telle évolution. Le travail surveillé permet également de prévenir la souffrance et la mort fœtales, avec des résultats comparables aux chiffres normaux. Le traumatisme obstétrical, maternel comme fœtal, est ici rencontré avec une fréquence qu'explique le recours aux manoeuvres obstétricales et chirurgicales : en effet, si l'utérus bicorne monocervical permet un accouchement spontané dans 32 % des cas, dans 34 % des cas le recours à une manoeuvre obstétricale sera nécessaire, et dans 34 % des cas le recours à la chirurgie indispensable (79). Ces chiffres tombent à 29 % et 29 % si l'on distingue les utérus bicornes non cordiformes des utérus cordiformes, puisque cette dernière forme connaît un moins bon comportement global. (voir plus haut : la présentation).

Ici, également, la fréquence des lésions des parties molles est augmentée.

Dans le cadre général des malformations utérines, et vis à vis de chaque mode évolutif, l'utérus bicorne est responsable de 19 % des accouchements spontanés, 33 % des manoeuvres obstétricales, et 34 % des interventions chirurgicales (46). Là encore, nous insistons sur le fait que l'utérus arcuatus est moins favorable que les autres types de bicornes vrais, et qu'il vient nuire à la réputation de cette forme anatomique.

Enfin, nous rappelons que le déroulement d'une grossesse est imprévisible, le pronostic obstétrical impossible, malgré des antécédents favorables, et qu'à chaque nouvelle grossesse la surveillance et le traitement seront impératifs.

LE COMPORTEMENT OBSTETRICAL LORS D'ASSOCIATIONS

- Indépendantes de la malformation

- . gémelliparité
- . grossesse extra-utérine
- . rétroversion
- . dystocies
- . superfoetation

- En relation avec la malformation

- . torsion de corne
- . complications rénales
- . dysgravidie
- . décollement du placenta
- . souffrance et mort foetales
- . placenta accreta

ASSOCIATIONS INDEPENDANTES DE LA MALFORMATION

Si certaines complications sont imputables à la malformation utérine, ou y trouvent un terrain préférentiel, la pathologie est en partie aveugle, et la fréquence des troubles dans ce domaine n'est pas supérieure à la normale ; quelques éléments méritent cependant d'être dégagés :

GROSSESSES GEMELLAIRES

Anatomiquement, l'utérus bicorne semble particulièrement prédisposé à abriter une grossesse gémellaire. Il est rassurant de constater en pratique que l'utérus bicorne s'accommode fort bien de cette éventualité, a fortiori, si chaque enfant occupe une corne, et que le mutisme de l'affection est souvent observé, ou rompu par une complication indépendante de la gémelliparité. La rareté des observations (37) vient confirmer la tolérance excellente de l'utérus bicorne.

Nous discuterons un point obscur : après une grossesse gémellaire qui aboutit à un accouchement normal, une nouvelle grossesse peut avorter (37). Ce fait vient bousculer l'idée de "défaut de pointure" de FRUHINSHOLZ, et de "Capacité gestationnelle" de JONES, et renforcer l'opinion que le déroulement de toute nouvelle grossesse est imprévisible, puisque, à la limite, une grossesse gémellaire peut se développer dans une seule corne ou bien trouve encore la place de laisser évoluer un hydramnios (37).

Inversement, on a noté lors d'évolutions spontanées, l'expulsion d'un fœtus vers le sixième mois alors que le deuxième fœtus évolue normalement jusqu'au terme (66).

GROSSESSES EXTRA-UTERINE

Aucune relation n'a été faite jusqu'ici, et il semble que la malformation utérine n'intervienne pas sur la fréquence de cet accident. Faut-il profiter de l'intervention pour pratiquer une plastie utérine ? La tendance actuelle est de laisser la corne aveugle en place.

LA RETROVERSION

La rétroversion de la corne gravide peut rester muette, car l'évolution de la grossesse aboutit habituellement à la réduction de la malposition. Un avortement demeure possible. Si le diagnostic de rétroversion a été porté en dehors de la grossesse, l'indication de pexie n'est pas retrouvée.

DYSTOCIES

Les dystocies osseuses associées à la malformation utérine sont d'un degré faible, mais, fortuitement, une malformation osseuse ou une séquelle post-traumatique peuvent gêner l'accouchement, et, si leur degré est trop important, détruire une éventuelle indication de plastie, puisque une césarienne demeure obligatoire.

Les autres dystocies posent plus de problèmes, qu'il s'agisse d'une corne non gravide praevia, de l'obliquité utérine, d'une sténose génitale basse.

SUPERFOETATION

Nous avons retrouvé un cas dans la littérature (140). Nous n'estimons pas que la malformation utérine étudiée ici en augmente la fréquence.

ASSOCIATIONS EN RELATION AVEC LA MALFORMATION

Parmi les complications de la grossesse, plusieurs d'entre elles procèdent de la malformation utérine de façon indiscutable :

TORSION DE CORNE

La torsion de la corne gravide est le fait des utérus unicornes. Cependant, le cas a été signalé d'un utérus bicorne dont la corne gravide s'est tordue sur son grand axe (72).

COMPLICATIONS RENALES

Si une malformation rénale est associée à la malformation utérine, un retentissement rénal est à redouter lors de la grossesse, d'autant qu'un rein unique est volontiers porteur d'altérations que la grossesse révèle ou aggrave (156).

DYSGRAVIDIE

Qu'il y ait ou non une malformation de l'arbre urinaire, les éléments qui potentialisent cette complication sont de deux ordres, vasculaires, au niveau du rein, de l'utérus, du placenta, avec participation parfois d'un terrain hypertendu, mécanique, si l'utérus est fibrosé, quand il s'agit d'une première grossesse tardive, comme après une longue phase de stérilité, et dont la distension sera encore sous l'influence de son anatomie.

DECOLLEMENT DU PLACENTA

Phase ultime de la dysgravidie, le décollement prématuré du placenta peut survenir en dehors de cette affection, avec une fréquence et une gravité probablement augmentées (64).

SOUFFRANCE ET MORT FOETALES

Plus qu'un trouble mécanique, on doit invoquer un trouble trophique et la fréquence augmentée des interventions obstétricales par voie basse, comme pathogénie de cette issue rare.

PLACENTA ACCRETA

La malformation utérine n'en augmente pas la fréquence ; tout au plus les curetages répétés et trop appuyés peuvent-ils en favoriser l'insertion.

ANOMALIES FOETALES

Seules peuvent être retenues les déformations en relation avec l'étroitesse de la cavité, comme un pied bot.

Le caractère familial des malformations utérines n'est pas encore reconnu ; nous rapportons deux observations de cas familiaux (obs. n° 2 et 20).

LE COMPORTEMENT POST-CHIRURGICAL

- Césarienne

- Plasties

La chirurgie vient modifier les données anatomiques dans plusieurs circonstances ; quel est alors le comportement d'un utérus bicorne opéré.

APRES CESARIENNE

Cette éventualité n'est pas rare, puisque 5 à 18 % des grossesses en cas d'utérus bicorne à terme nécessitent une césarienne. La prématurité est assez fréquente pour que ce chiffre s'abaisse à 8 % des grossesses qui ont donné naissance à un enfant viable (chiffre personnel).

La cicatrisation est excellente (144). Les grossesses ultérieures ne semblent pas être modifiées, comme en témoigne le déroulement normal d'une grossesse gémellaire avec hydramnios après césarienne (37). Enfin, l'indication de césarienne n'est pas une indication de plastie ultérieure.

APRES PLASTIE

Nous anticipons sur la thérapeutique et ses indications.

Une stérilité non réductible médicalement a pu être corrigée grâce à la seule chirurgie du corps utérin par un mécanisme encore obscur (83-111).

L'imprégnation hormonale fut, elle aussi, corrigée par la chirurgie (19). Faut-il l'attribuer au bouleversement de la vascularisation locale ?

L'interruption de grossesse : nous avons constaté l'insuffisance fréquente du traitement chirurgical qui ne saurait dispenser d'un traitement médical d'appoint et d'un éventuel cerclage du col ; il nous semble qu'ici, à la lumière de ces différents éléments, et en nous reportant à ce que nous avons dit à propos des grossesses gémellaires, le défaut de pointure ne saurait être seul mis en cause.

Le travail : si l'on peut espérer une présentation normale, le travail n'est pas amélioré dans son efficacité car ce qui a été gagné en forme est perdu en qualité par une chirurgie qui ne peut prétendre corriger cette désorganisation spatiale des fibres musculaires.

Enfin, la plastie utérine ne met pas à l'abri d'une césarienne prophylactique.

Nous reviendrons plus tard sur ces différents points.

CHAPITRE III

LE COMPORTEMENT GYNECOLOGIQUE

- Cycle naturel et ses troubles
- Contraception
- Carcinologie

C'est parfois un trouble gynécologique qui amène la découverte de la malformation utérine, aussi bien précocement que tardivement, après la ménopause. En dehors des affections habituelles qui peuvent survenir ici, nous avons cru devoir retenir trois points :

Le cycle menstruel est habituellement normal et régulier. Toutefois, les troubles des règles sont classiques, en relation avec l'hypoplasie utérine et les troubles hormonaux : ainsi peut-on observer une hypoménorrhée, des ménorragies, des métrorragies.

En dehors des douleurs occasionnées par une malformation basse, et des dysménorrhées primaires, au demeurant peu fréquentes, peuvent survenir des douleurs pelviennes qui n'ouvrent pas la scène, très rarement après une ou plusieurs grossesses normales, plus souvent après un ou plusieurs incidents abortifs. Elles sont à distinguer des douleurs dues à une rétroversion parfois associée.

La contraception chimique est habituellement bien supportée. L'utilisation des moyens de contraception endo-cavitaire est impossible.

L'utérus bicorne peut être le support de néoformations (54-151). La malformation utérine n'en modifie pas l'âge de survenue.

CHAPITRE IV

LES EXAMENS PARACLINIQUES

- DEPISTAGE
- BILAN DE LA MALFORMATION
- ATTITUDE DIAGNOSTIQUE

La fréquence et la gravité des accidents subissent de grandes variations d'un type malformatif à l'autre. Il convient donc, si l'on veut adopter une attitude thérapeutique différentielle, de situer la malformation dans la classification d'ensemble.

Pour cette raison, l'usage d'une canule courte évitera l'obturation de l'abouchement de la deuxième cavité, éventualité qui fait passer un utérus bifide pour un héli-utérus, mais avec deux reins.

BILAN DE LA MALFORMATION

INDIVIDUALISATION DE LA MALFORMATION

L'hystéroggraphie suffit à la plupart, soit que l'individualisation de la malformation est rendue possible par l'analyse fine, ou qu'elle devient inutile, comme à certains auteurs (125) qui regroupent sous une même entité pathologique et thérapeutique les différentes bifidités utérines (bicornes et septaux). D'autres, plus rigoristes, font appel à des examens plus précis :

L'EXPLORATION CHIRURGICALE

LA COELIOSCOPIE qui permet l'exploration du pelvis dans son ensemble, montre la configuration externe de l'utérus et dispense dans la plupart des cas de la laparotomie. Elle n'est hélas pas dénuée d'incidents (42-48).

LA LAPAROTOMIE autorise un bilan plus poussé, quand il est nécessaire : douleurs et stérilité conduisant à une indication chirurgicale.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE

Moins lourde dans sa réalisation, elle demeure trop complexe quand il s'agit de pneumo-pelvigraphie de gynécographie ou de péritonéographie opaque (11-15).

DEPISTAGE

LA CLINIQUE

L'examen est particulièrement pauvre. Selon l'âge de la patiente, pourront être retrouvés à l'interrogatoire, des douleurs, des troubles des règles, une phase de stérilité, une ou plusieurs interruptions de grossesse. La palpation discernerait parfois deux masses latérales, surtout au début de la grossesse, avec fond utérin asymétrique.

D'autres fois, c'est une révision utérine qui permet de suspecter la malformation.

L'examen radiologique confirmera la bifidité.

L'HYSTERO-SALPINGOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE

Qu'elle soit demandée au cours d'un bilan de stérilité, d'avortement, ou pour tout autre raison, l'hystérogaphie constitue actuellement le mode de découverte le plus fréquent. Cet examen est pris en défaut car il ne donne que l'image des cavités, et, dans la technique habituelle, les parois demeurent occultes, tant dans leur forme que dans leurs dimensions.

La distinction entre utérus bicorné et utérus septal est ainsi délicate : les cavités de l'utérus bicorné parfait ressemblent en forme et en dimensions aux cavités de l'utérus septal subtotal, les cavités de l'utérus bicorné simple et de l'utérus cordiforme à celles de l'utérus septal corporeal.

Certains repères numériques ont été proposés : la profondeur de chaque corne est d'environ 50 mm, pour une largeur de 10 mm. L'angle des cornes est habituellement supérieur à 60°, et l'écartement des deux cavités atteint ou dépasse 30 mm à leur sommet. Cet espace clair inter-utérin atteint 40 mm de hauteur.

Ces critères sont hélas insuffisants, quand ils ne sont pas en contradiction, car les cornes peuvent être proches de l'axe médian : l'espace clair, étroit, adopte alors les dimensions d'un septum. La hauteur de cet espace clair est encore plus sujette à discussion bien que l'utérus bicorne soit habituellement mieux développé que l'utérus septus.

L'HYSTERO-PHLEBOGRAPHIE

D'une innocuité satisfaisante, cet examen autorise un bilan qui nous paraît suffisant, puisque, à une hystérographie classique, dont nous avons déjà précisé les résultats dans le cadre du bicornisme, est couplée une pariétographie veineuse qui montre l'épaisseur et la forme des masses musculaires.

Le protocole en a été lentement élaboré en FRANCE, dans le cadre de l'hypoplasie utérine (45-55-69-82-135).

L'ARTERIOGRAPHIE montrerait l'absence de rameaux en regard de la face interne des deux héli-matrices (108).

Sa place n'est pas ici.

BILAN DES LESIONS ASSOCIEES AU BICORNISME

L'UROGRAPHIE INTRA-VEINEUSE

Son temps artériographique, puis son temps néphrographique, permettent de lever l'hypothèque d'une malformation urinaire associée.

LA BEANCE CERVICO-ISTHMIQUE

Sa fréquente association à la malformation utérine impose classiquement un bilan clinique et radiologique :

L'introduction de bougies n° 8 ou 9 de HEGAR en constitue un dépistage médiocre mais probant. Ce test doit être effectué en phase lutéale et n'a, comme l'examen suivant, de valeur que s'il est positif.

L'hystérographie en phase lutéale : son but est de dépister une béance lorsque l'imprégnation hormonale favorise la sténose de la portion cervico-isthmique. La constatation d'une béance en phase folliculinique prend toute sa valeur si elle persiste en phase lutéale.

La technique du ballonnet (que RUBOVITS introduit dans la cavité utérine, gonfle avec du produit de contraste, puis tente d'extraire de la cavité utérine pour qu'il moule le canal cervico-isthmique) nous semble trop sophistiquée.

Nous citerons pour mémoire quelques éléments de technique et d'interprétation :

L'époque : la striction du col s'estompe lors des deux jours qui précèdent les règles. La phase lutéale proprement dite est donc sujette à erreur (YOUSSEF).

Le matériel : une canule courte et étanche n'intervient pas sur le calibre du col ; une canule pneumatique peut le comprimer.

La technique : un produit de contraste lourd est préférable. L'injection à haute pression contrôlée est conseillée par PALMER.

Les clichés : l'étude de la perméabilité des trompes est secondaire ; l'étude en évacuation, capitale.

Les résultats : cet examen n'a pas échappé à la quantification : si la pression d'injection est de 100 mm de mercure, les dimensions de la portion cervico-isthmique sont habituellement de 20 mm de haut sur 4 à 5 mm de large.

S'il y a béance, le diamètre de cette portion peut atteindre 1 cm. Surtout, l'évacuation se fait plus par le col que vers la cavité abdominale, selon une large bande qui ne présente pas d'angulation dans la région de jonction entre l'isthme et le corps.

L'hypoplasie corporéale est retenue par PHILLIP quand la cavité admet moins de 5 ml de produit.

Discussion : l'absence de béance peut correspondre à un spasme d'autant retrouvé qu'il s'agira d'un utérus hypoplasique ; l'erreur est encore favorisée par l'injection rapide, à haute pression, d'un produit insuffisamment tiédi.

Cette hystéroggraphie en phase lutéale est en fait peu pratiquée, ceci pour plusieurs raisons : le LIPIODOL est délaissé par la plupart. La manométrie se fait au jugé, selon les réactions de la patiente. Enfin, l'époque même de l'examen rebute les plus prudents qui n'excluent pas l'éventualité d'une récente fécondation.

Si l'hystéroggraphie a été réalisée en phase lutéale, si l'on a constaté cliniquement une béance cervico-isthmique, il apparaît que sa recherche restée négative ne permet pas d'affirmer qu'elle n'existe pas. Son dépistage, s'il est attrayant, ne suffit pas à trancher les attitudes thérapeutiques, car l'absence d'une béance organique n'empêche pas l'installation d'une béance fonctionnelle, au quatrième mois

de la grossesse, dont les conséquences sont les mêmes, à une près : le traitement d'une béance à chaud n'est jamais favorable.

LA PELVIMETRIE

Pour conclure le bilan radiologique, cet examen est indiqué à chaque fois qu'une malformation osseuse est associée à la malformation utérine ; il ne revêt ici aucun caractère particulier. Toutefois, on regardera dans le même temps la colonne lombaire et sa charnière sacrée, sièges de malformations au demeurant rarissimes dans le cadre du bicornisme.

L'ECHOGRAPHIE

Si elle peut permettre la découverte de la malformation, en particulier sur utérus gravide, cette technique n'est pas actuellement assez fine pour en autoriser une étude précise, quand l'utérus est au repos.

En post-partum ou post-abortionum précoce, au contraire, l'échotomographie peut permettre de distinguer un utérus bicorne d'un utérus septal (135') :

quand l'utérus est bicorne, la vessie présente un éperon entre les deux cornes utérines ; les axes des deux cornes, au sein de la masse échogène, sont indépendants l'un de l'autre ;

quand l'utérus est septal, la face postérieure de la vessie est régulière, les cavités utérines sans axe particulier.

L'examen doit être fait dans un délai de cinq jours, qui permet l'évacuation des lochies, à l'origine d'échos parasites, vessie pleine, et comprend des coupes transversales, tous les centimètres, depuis la symphyse pubienne jusqu'au fond utérin ; des coupes sagittales et obliques peuvent éclaircir les données précédentes. Enfin, l'examen est judicieusement complété par l'étude des fosses lombaires.

Cet examen permet dépistage, contrôle et diagnostic anatomique :

- . dépistage en post-abortum précoce,
- . contrôle en cours de grossesse,
- . diagnostic anatomique de la malformation, méthode qui ne peut méconnaître une deuxième corne, à la différence de l'hystérographie.

Son application sera de plus en plus large, au fil de l'expérience des opérateurs et des progrès de l'appareillage.

Il semble que, pour le moment, une découverte de la malformation par cette méthode ne dispense pas d'une étude par hystérographie. Enfin, ce diagnostic n'est possible que sur un utérus récemment gravide. Les deux méthodes conservent donc tout leur intérêt.

UNE BIOPSIE DE L'ENDOMETRE

Tout bilan de stérilité ou d'avortement sera heureusement complété par une biopsie d'endomètre au voisinage du 25^e jour du cycle ou, 10 jours après l'ascension thermique si les cycles sont irréguliers.

Des conseils éliminant la possibilité de fécondation entre la fin des dernières règles et la biopsie auront été donnés. Si l'existence de la malformation est connue au moment de la biopsie, on fera en sorte d'introduire la canule dans les deux cornes successivement ; on pourra éventuellement

recueillir les prélèvements dans deux flacons différents afin de comparer le développement et l'aspect histologique. Aucune étude précise, dans ce sens, nous semble avoir été réalisée jusque là.

Cette biopsie pourra montrer parfois une hyperplasie, plus souvent une hypoplasie, ou des anomalies hormonales (hyperfolliculinie, insuffisance lutéale, insuffisance hormonale mixte).

Le développement vasculaire et des anomalies de fibrohyalinose péri-endothéliale ou interstitielle de la couche musculaire lisse de l'endomètre seront recherchés.

ATTITUDE DIAGNOSTIQUE

L'hystéroggraphie a permis le diagnostic de bifidité.

Le bilan cervico-isthmique se discute : l'introduction de bougies est un test simple, l'hystérogographie en phase lutéale un test démodé ; l'un comme l'autre peuvent ignorer une béance fonctionnelle.

Le bilan urinaire peut être utile si le terrain est favorable au développement d'une néphropathie gravidique, ou en cas d'infections urinaires répétées.

Un bilan histologique et hormonal est à envisager : sa part sera faite dans l'attitude thérapeutique.

L'hystéro-phlébographie n'est pas encore d'un usage courant. La rareté et la bénignité des incidents, qui la rendent plus avantageuse qu'une coelioscopie, la simplicité de sa réalisation qui dispense d'une anesthésie générale, son caractère ambulatoire et la suffisante richesse des renseignements qu'elle apporte, sont autant d'arguments qui doivent l'imposer.

L'échographie amène la même remarque.

Les observations que nous rapportons témoignent de la pondération avec laquelle les examens sont demandés :

L'hystérogographie simple est réalisée	dans 96 % des cas.
Le bilan biologique	dans 100 % des cas.
Le bilan urinaire	dans 7 % des cas.
Le bilan anatomique (coelioscopie)	dans 3 % des cas.

Ce dernier chiffre, très bas, met en évidence l'intérêt de l'hystéro-phlébographie, et de l'échographie.

Au total, l'hystéro-salpingographie, examen de base du diagnostic, résume à elle-seule le bilan anatomique de la malformation, et contente la plupart.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

L'évolution du traitement aboutit à l'élaboration de deux attitudes que l'on oppose actuellement :

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'ère de la plastie utérine commence en 1904 et se confirme en 1907 par un protocole que P. STRASSMANN applique aux utérus bicornes. L'adaptation aux utérus septaux viendra secondairement compléter la chirurgie des bifidités utérines. STRASSMANN fut suivi dans cette voie par MATHIEU et POLLOSSON, PALMER, MAGENDIE, GRANJON.

ROCHARD et STERN portent en 1909 un diagnostic de grossesse extra-utérine, suivi d'une laparotomie : la découverte d'un utérus bicorne gravide qui abrite des jumeaux aboutit à une double hystérectomie sub-totale. (69).

TE LINDE et JONES décrivent en 1953 un protocole de plastie des utérus septaux (153'), qu'ils adaptent secondairement aux utérus bicornes.

Plus réservés encore, BRET puis PALMER (1959-1962) établissent un protocole qui ne concerne que les utérus septaux. C'est MUSSET, en 1964, qui veut l'appliquer aux utérus bicornes.

ALPIZAR (1) en 1970 suggère une isthmorrhaphie complémentaire que PALMER réfute.

Plusieurs éléments sont en faveur d'une hystéroplastie ; en dehors de la transformation des dimensions et de l'anatomie de la cavité utérine, que nous discuterons plus loin, nous

avons retenu deux points intéressants :

Une stérilité a pu être réduite par la seule chirurgie, après échec d'un traitement médical (74-114). Une amélioration hormonale locale a également été remarquée, qui concourt à une meilleure fertilité (19).

Le geste chirurgical permet le traitement dans le même temps d'une éventuelle oblitération tubaire.

Les avortements répétés, qu'un traitement médical approprié ne jugule pas, constituent une indication opératoire, plus particulièrement si l'on tient compte du retentissement psychologique, de l'âge de la mère, d'un enfant précieux (124).

LE TRAITEMENT MEDICAL

Le traitement chirurgical s'applique inégalement aux différentes malformations utérines, avec un succès relatif. Face à l'imperfection de ce traitement, pris en défaut sur plusieurs points, une attitude médicale s'est élaborée plus tardivement :

- la forme de la cavité n'est pas le problème majeur des utérus bicornes ; l'enfant occupe une position polaire, et la présentation par le siège n'est pas un problème qui justifie à lui seul un geste chirurgical.
- les dimensions de la cavité interviennent moins qu'on l'a dit ; nous avons déjà expliqué pourquoi.
- la béance du col persiste et nécessite un cerclage. Le caractère prophylactique de ce cerclage, quand la béance n'a pas été confirmée, vérifie notre opinion sur sa nécessité.

- les troubles hormonaux ne correspondent pas, à chaque fois, à l'anatomie utérine et ne sont pas corrigés avec elle.
- une surveillance toute particulière s'impose lors de la grossesse et de l'accouchement. Encore nombreux sont ceux qui conseillent une césarienne prophylactique systématiquement.
- enfin et surtout, la chirurgie concerne plus les utérus cloisonnés que les utérus bicornes : les plus malformés ne sont pas les plus nuisibles (92-126).

L'étude de deux observations d'utérus opérés résume ces éléments :

. Mme PAN... 20 ans, in C. PALAYER (124).

Un avortement à 4 ½ mois est suivi d'une H.S.G. qui fait le diagnostic. Une plastie selon BRET et PALMER est alors pratiquée.

Une deuxième grossesse, non protégée, aboutit à un avortement à 4 ½ mois, suivie d'une troisième grossesse qui, dans les mêmes conditions, aboutit à un avortement à 5 mois.

Une 4ème grossesse, protégée hormonalement, avec cerclage du col, aboutit à un accouchement dix jours avant le terme présumé, peu après le décerclage.

Une 5ème grossesse a été interrompue prématurément au 7° mois par accouchement d'un enfant non viable, alors que le cerclage avait été refusé.

. Mme MUZ... (Docteur GAUCHERAND)

3 avortements du 2° trimestre sont suivis d'une plastie de BRET et PALMER.

Une 4ème grossesse, protégée hormonalement avec cerclage du col, conduit à une césarienne prophylactique à 38 semaines.

L'association d'un traitement hormonal et d'un cerclage du col est suffisante à combattre, dans la majorité des cas, le déficit hormonal, l'hypotrophie utérine, musculaire et muqueuse, le défaut de volume et l'incontinence du col.

Si l'hystéroplastie doit être complétée par un cerclage, un cerclage sur utérus non remanié permet l'expansion de la cavité utérine dès lors continente.

Contrairement à MULLER (113), nous estimons que l'utérus bicorne est principalement hypoplasique et accessoirement malformé. Son traitement est ainsi médical plus que chirurgical :

avant la grossesse : le traitement médical se propose de combler l'insuffisance hormonale et de combattre l'hypotrophie utérine par des cycles artificiels et des vasodilatateurs.

pendant la grossesse :

- le traitement hormonal est instauré dès le diagnostic de grossesse et jusqu'au 4° mois sous forme de gonadotrophines chorioniques et de progestérone. Les oestrogènes (en particulier le DISTILBENE) ont été abandonnés après la constatation du développement chez les enfants du sexe féminin d'adénocarcinomes du vagin entre 15 et 20 ans.

La progestérone n'empêche pas les avortements de nature chromosomique. Son emploi n'est donc pas sujet à ce genre de critique.

- le cerclage du col ne sera pas trop précoce, en moyenne vers 3 mois. Avant ce délai les avortements sont de nature hormonale ou génétique. Passé ce délai, après amélioration du contexte hormonal, les avortements doivent être attribués dans la majorité des cas à la béance cervico-isthmique, en l'absence d'infections virale ou autre. Le cerclage peut être effectué plus tôt si un avortement précoce a été constaté malgré un contexte hormonal favorable ou corrigé, mais jamais plus tard, au-delà de 15 semaines, car un cerclage à chaud n'est jamais favorable.
- le repos physique et sexuel doit être logiquement associé.

au voisinage du terme :

- le décerclage aura lieu 10 à 15 jours avant le terme présumé si l'on prévoit un accouchement par les voies naturelles, ce qui est le cas général.
- une épreuve utérine, positive le plus souvent, sera suivie d'un accouchement rapide.
- la plus grande fréquence des présentations par le siège ne pose aucun problème particulier.

CHAPITRE VI

29 OBSERVATIONS

Nous rapportons ici 29 observations d'utérus
bicornes non-cordiformes et cordiformes.
17 sont inédites, 12 ont été citées par G.
BERTIN-HUGAULT (14).

OBSERVATION N° 1

Madame BEL... 1947

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : albuminurie suivie d'une U.I.V. : rein unique
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1974 (27 ans)
Rupture prématurée des membranes. Présentation céphalique. Accouchement à 7 ½ mois d'un enfant de 2360 g.
Une H.S.G. de principe en 1975 (28 ans) fait le diagnostic d'utérus bicorne type communicant.

CONSULTATION en 1976 (29 ans)Stérilité secondaire.

A l'examen, bécance nette au calibrage du col.

Biopsie d'endomètre : R.A.S.

Traitement médical pré-gravidique pendant 3 mois.

2ème grossesse : 1977 (30 ans)

La malformation étant connue, un traitement médical est instauré avec cerclage du col (cerclage difficile-le fil saute après 3 semaines).

Un deuxième cerclage, isthmique cette fois-ci, est posé à 4 ½ mois (le col est très court).

Accouchement probable le 25 avril 1978.

OBSERVATION N° 2

Madame BER... 1949

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : spanioménorrhée de 1 à 3 mois
stérilité volontaire de 1967 à 1975
(de 18 à 26 ans)
- . familiaux : une soeur porteuse d'une bifidité utérine
(le dossier ne nous a, hélas, pas été communiqué).
la mère de ces deux patientes a elle-même
présenté plusieurs avortements et accouche-
ments prématurés.

CONSULTATION EN 1975

Stérilité involontaire de 3 mois (26 ans)

Une H.S.G. fait le diagnostic d'utérus
arcuatus

Biopsie d'endomètre : R.A.S.

STEIN-LEWENTHAL opéré en 1977 (28 ans)
par le docteur CORNET.1ère grossesse en 1977La malformation étant connue, traitement
médical et cerclage du col.A 7 ½ mois, la patiente entre dans le service :
le traitement tocolytique est inefficace :
décercelage. Accouchement deux heures plus
tard d'une fille de 1600 g, en siège.

OBSERVATION N° 3

Madame BID... 1931

Docteur CHARVET

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1957 (26 ans)
Rupture prématurée des membranes à 5 mois suivie deux jours plus tard d'un avortement : enfant de 1700 g non viable.
2ème grossesse : 1959 (28 ans)
Malgré une couverture hormonale, avortement à 5 ½ mois d'un enfant de 900 g non viable.
Une H.S.G. est alors pratiquée, qui établit le diagnostic d'utérus bicorne parfait.
3ème grossesse : 1963 (32 ans)
Non protégée hormonalement, et qui aboutit à 7 ½ mois à un accouchement rapide d'un garçon de 2150 g (présentation céphalique)
4ème grossesse : 1965 (35 ans)
Non protégée hormonalement, et qui aboutit à un avortement à 3 ½ mois.

CONSULTATION en 1970

5ème grossesse (39 ans)
Le diagnostic étant fait, un traitement hormonal est instauré, avec cerclage et repos. Evolution normale. Accouchement à terme, aisé, d'un garçon de 3100 g. (présentation céphalique).

OBSERVATION N° 4

Madame BRA... 1930
Docteur GABRIEL
in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : dextrocardie ; appendicite à gauche
- . gynécologiques : stérilité volontaire de 1959 à 1965 (de 29 à 35 ans)
stérilité involontaire de 1965 à 1967
- . obstétricaux : 1ère grossesse en 1967 (37 ans)
menace d'avortement au 3ème mois : traitement médical ;
avortement au 5e mois ; curetage
une H.S.G. fait le diagnostic d'un utérus bicorne
hypoplasique

CONSULTATION en 1968

2ème grossesse (38 ans)

Le bicornisme étant connu, un traitement médical est instauré, accompagné d'un cerclage du col.

Le repos est indiqué. Etant donné la préciosité de sa grossesse, une pelvimétrie est demandée dans le même esprit. Evolution normale.

Accouchement aisé, à terme, d'un enfant de 3100 g (présentation céphalique).

OBSERVATION N° 5

Madame CHAM... 1951

Docteur GABRIEL

ANTECEDENTS

- . généraux : intervention sur un astrocytome vermien à l'âge de 8 ans
- . gynécologiques : cycles irréguliers avec phases d'aménorrhée
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1974 (23 ans)
accouchement prématuré à 6 ½ mois
enfant vivant et viable de 1150 g
(présentation céphalique)
une H.S.G., à la suite de cette prématurité,
fait le diagnostic d'utérus bicorne simple
avec béance cervicale.
Stérilité volontaire pendant un an.
2ème grossesse : 1976 (25 ans)
traitement médical ; cerclage du col.
au 7° mois, présentation par le siège.
A 6 semaines du terme, contractions utérines
qui font sauter le cerclage,
présentation céphalique basse.
Accouchement rapide et simple, deux jours
après, malgré le traitement médical, d'un
enfant de 2100 g.

OBSERVATION N° 6

Madame CONR... 1947

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse
présentation par le siège
accouchement à terme d'un enfant de 3300 g
2ème grossesse
présentation par le siège
accouchement à terme d'un enfant de 3500 g.

CONSULTATION en 1976

Une H.S.G. indiquée par les présentations
fait le diagnostic d'utérus bicorne parfait
(29 ans).

3ème grossesse : 1977 (30 ans)
pas de cerclage, pas de traitement médical,
étant donné l'excellent comportement anté-
rieur.

Présentation céphalique.

Accouchement à terme d'un enfant de 3300 g.

OBSERVATION N° 7

Madame COU... 1948

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : cycles irréguliers de 35 à 65 jours.
règles abondantes et non douloureuses.
Une H.S.G. pour stérilité fait le diagnos-
tic d'utérus bicorne simple en 1971
(23 ans).
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1972 (24 ans)
avortement à 2 mois
une U.I.V. est faite à l'occasion d'une
colique néphrétique (pas de malformation
urinaire)
2ème grossesse : 1973 (25 ans)
cerclage du col
hydramnios
présentation par le siège
accouchement à terme d'un enfant malfor-
mé qui décède.

CONSULTATION en 1973

3ème grossesse (25 ans)
oeuf à gauche. Traitement médical puis
cerclage. Grossesse douloureuse.
Décercelage 8 jours avant terme.
Présentation céphalique.
Accouchement à terme d'un enfant de 3500 g.

4ème grossesse : 1977 (29 ans)

oeuf à gauche. Traitement médical puis
cerclage.

Présentation céphalique.

Décerclage dix jours avant terme.

Accouchement à terme d'un enfant de 3520 g.

OBSERVATION N° 8

Madame DER... 1952

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : cycles longs
stérilité volontaire de 1973 à 1976
(de 21 à 24 ans)

CONSULTATION en 1976

1ère grossesse (24 ans)

avortement à 4 mois

curetage très difficile, très hémorragique
avec impression de malformation.

Colibacillose urinaire.

Une H.S.G. (1977) (25 ans) fait le diagnos-
tic d'utérus arcuatus.

2ème grossesse : 1977

traitement hormonal puis cerclage.

OBSERVATION N° 9

Madame DES... 1943

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1963 (20 ans)
avortement à 2 mois.
2ème grossesse : 1967 (24 ans)
avortement à 2 mois.
3ème grossesse : 1968 (25 ans)
avortement à 2 mois.
4ème grossesse : 1974 (30 ans)
avortement provoqué à 2 mois.

CONSULTATION en 1975

Une H.S.G. faite d'emblée établit le diagnostic (à 32 ans) d'un utérus arcuatus.

U.I.V. normale.

5ème grossesse : 1976 (33 ans)

traitement hormonal ; repos.

avortement à 2 mois.

Bilan génétique normal. Spermogramme normal.

6ème grossesse : 1976 (34 ans)

traitement hormonal et repos.

Prolans effondrés : arrêt du traitement.

Avortement à 2 mois.

Une H.S.G. montre l'implantation de l'oeuf sur la face interne de la corne gauche.

OBSERVATION N° 10

Madame FON... 1949
Docteur GABRIEL
in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1968 (19 ans)
avortement à 3 mois
2ème grossesse : 1970 (21 ans)
accouchement prématuré à 6 ½ mois d'un enfant de 1400 g qui décède.
3ème grossesse : 1971 (22 ans)
avortement à 3 ½ mois
une coelioscopie en 1971 fait le diagnostic d'utérus bicorne simple.

CONSULTATION en 1972

4ème grossesse : (25 ans)
menace d'avortement.
La corne droite est plus développée.
Repos, traitement hormonal et cerclage à chaud.
Contrôle de la vitalité foetale par ultra-sons.
au 6ème mois le cerclage est trop lâche :
nouveau cerclage.
15 jours après, accouchement prématuré d'un enfant de 1400 g non viable.
Une H.S.G. confirme le diagnostic : la corne droite est plus petite que la corne gauche.
Discussion d'une hémi-hystérectomie droite.

OBSERVATION N° 11

Madame GAE... 1944
Docteur GABRIEL
in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : dysménorrhée

Une H.S.G. est pratiquée en 1968, qui fait le diagnostic à 24 ans d'utérus bicorne asymétrique légèrement hypoplasique.

Une U.I.V. est normale.

Traitement médical de la dysménorrhée.

Stérilité involontaire d'un an.

CONSULTATION en 1971

1ère grossesse : (27 ans)

vaginisme ; ectopie péri-orificielle.

Grossesse développée à gauche.

Le diagnostic de la malformation utérine étant fait, un traitement hormonal est instauré avec cerclage du col et repos.

Présentation par le siège.

Ablation du cerclage 15 jours avant le terme présumé.

La patiente entre dans le service à terme et en dilatation complète :

accouchement rapide d'un enfant de 3500 g par BRACHT.

A nouveau, dysménorrhée traitée médicalement.

2ème grossesse : 1974 (31 ans)

traitement médical, cerclage et repos.

Evolution normale jusqu'au terme (présentation par le siège-ablation du cerclage deux semaines avant terme).

Accouchement par BRACHT d'un enfant de 3300 g.

A nouveau, dysménorrhée traitée médicalement.

OBSERVATION N° 12

Madame GIR... 1930

Docteur GABRIEL

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : stérilité involontaire du couple.
Une H.S.G. lors du bilan fait le diagnostic d'utérus bicorné simple.
Décès du mari ; 2ème mariage à 39 ans.

CONSULTATION en 19711ère grossesse

Le bicornisme étant connu, on instaure un traitement hormonal avec repos ; le cerclage est refusé.

Accouchement à 6 mois d'un enfant de 1360 g vivant et viable.

Délivrance artificielle.

OBSERVATION N° 13

Madame GIU... 1950

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : cycles longs, règles douloureuses
stérilité volontaire de 1972 à 1974
- obstétricaux : 1ère grossesse : 1974 (24 ans)
utérus trop gros pour l'âge de la grossesse :
un écho demeure négatif.

CONSULTATION en 1974

Au cours de cette même grossesse, pour
contractions importantes.

Le T.V. perçoit une anomalie anatomique.

Oeuf à droite. Avortement à 4 mois.

Impression de bicorné lors de la révision
utérine.

Une H.S.G. confirme le diagnostic : il s'agit
d'un utérus arcuatus.

2ème grossesse : 1975 (25 ans)

Oeuf à gauche. Traitement médical, cerclage,
repos.

Présentation transversale qui ne se modifie
pas. Bassin rétréci.

Césarienne deux semaines avant terme, très
hémorragique, avec hémostase difficile.

Enfant de 3450 g.

Stérilité volontaire de dix-huit mois.

3ème grossesse : 1977 (27 ans)

Traitement médical, puis cerclage. Césarienne
prévue 15 jours avant terme.

OBSERVATION N° 14

Madame GUI... 1944

Docteur GABRIEL

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : (épisodes de cystite à chaque grossesse)
 - 1ère grossesse : 1966 (22 ans)
 - avortement à 2 mois
 - 2ème grossesse : 1967 (23 ans)
 - avortement à 1 ½ mois
 - 3ème grossesse : 1967
 - avortement à 1 ½ mois
 - Une H.S.G. fait le diagnostic d'utérus bicorne simple.

CONSULTATION en 19684ème grossesse (24 ans)

Le bicornisme étant connu, un traitement hormonal est instauré avec repos, puis cerclage.

Au 7ème mois, présentation par le siège : bassin suffisant contrôlé par pelvimétrie ; bonne vitalité foetale. A 7 ½ mois, rupture de la poche des eaux, puis accouchement d'un enfant de 2140 g en siège.

Délivrance artificielle.

5ème grossesse : 1969 (25 ans)

traitement hormonal, cerclage, repos.

Avortement au 5ème mois à la suite d'un accident de voiture.

6ème grossesse : 1970 (26 ans)

traitement hormonal, cerclage. Repos non suivi.

Evolution normale jusqu'au terme.

Présentation céphalique.

Accouchement à terme d'un enfant de 3050 g.

Délivrance normale.

7ème grossesse : 1971 (27 ans)

traitement hormonal, cerclage. repos non suivi.

Accouchement à 7 mois et 3 semaines d'un enfant de 2500 g.

Présentation podalique (siège complet).

Délivrance normale.

8ème grossesse : 1974 (30 ans)

Traitement hormonal, cerclage, repos non suivi.

Accouchement à 7 mois et une semaine d'un enfant de 1400 g. (présentation céphalique)

Délivrance normale.

OBSERVATION N° 15

Madame LA... 1943

Docteur GABRIEL

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1969 (26 ans)
avortement à 2 ½ mois
2ème grossesse : 1971 (28 ans)
avortement provoqué à 2 mois
stérilité volontaire de 1971 à 1974
Une H.S.G. (31 ans) fait le diagnostic
d'utérus bicorne simple.

CONSULTATION en 1974

3ème grossesse : (31 ans)
grossesse déjà avancée avec menace de
fausse-couche négligée depuis 12 jours.
Bilan biologique : grossesse arrêtée.
Oeuf clair à l'anatomopathologie.

OBSERVATION N° 16

Madame LOI... 1943

Docteur GABRIEL

ANTECEDENTS

- . généraux : néant, en dehors d'une obésité importante.
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1969 (26 ans)
grossesse gémellaire
accouchement prématuré à 8 mois et une
semaine de deux enfants de 2000 et 2200 g.
douleurs abdominales depuis cet accouche-
ment.
Une H.S.G. en 1972 (29 ans) fait le diagnostic
d'utérus bicorne simple.
Une salpingectomie bilatérale est pratiquée
en 1975 à l'âge de 32 ans dans le but de
stériliser cette femme de 80 kg.

CONSULTATION en 1976

Les douleurs abdominales persistent unique-
ment à droite avec leucorrhées banales.
Apparaissent alors des pertes sanglantes
au milieu des cycles, alors que la douleur
à droite est permanente. Prélèvements nor-
maux.

Une deuxième H.S.G. confirme les données
précédentes. A l'examen : ectopie péri-
orificielle saignant au contact. Bouffées
de chaleur.

Un traitement médical contrôle les pertes
sanguines et les douleurs abdominales mais
les bouffées de chaleur et les leucorrhées
persistent.

Electro-coagulation peri-orificielle.

Les douleurs abdominales réapparaissent, alors que les bouffées de chaleur ont cédé.

A l'examen : liseré rouge à la limite de l'électro-coagulation, saignant au contact.

Le T.V. réveille une douleur à droite.

Une U.I.V. dépiste un rein unique à gauche.

OBSERVATION N° 17

Madame LOP... 1941

Docteur GABRIEL

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : cycles irréguliers
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1957 (16 ans)
accouchement à terme d'un enfant de 3350 g.
Expulsion aidée par vacuum extractor.
2ème grossesse : 1959 (18 ans)
accouchement à terme d'un enfant de 3300 g.
Ligature des trompes en 1965 (24 ans).

CONSULTATION en 1977

Douleurs pré-menstruelles et menstruelles.
Brûlures mictionnelles ; leucorrhées.
Une H.S.G. fait alors le diagnostic, à
36 ans, d'un utérus bicorne simple, ignoré
de la malade, malgré la ligature des trom-
pes en 1965.

OBSERVATION N° 18

Madame LOR... 1945
 Docteur GABRIEL
 in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : stérilité involontaire de 1963 à 1967
 (de 18 à 22 ans), objet de la
 consultation :

CONSULTATION en 1967

Stérilité primaire. Obésité.

Une H.S.G. fait le diagnostic (à 22 ans)
 d'un utérus bicorne simple.

Biopsie normale.

1ère grossesse : 1970 (25 ans)
 expulsion à 6 semaines d'un oeuf clair.

2ème grossesse : 1970
 traitement hormonal, repos.

Cerclage refusé.

Rupture de la poche des eaux à 8 mois et
 une semaine. Inertie utérine : forceps sur
 O.I.G.A. Enfant de 2900 g.

Leucorrhées, douleurs abdominales en 1975.

3ème grossesse : 1976 (31 ans)
 traitement médical, cerclage.

Pertes sanglantes avec contractions.

Colique néphrétique.

Présentation par le siège.

Petite extraction du siège à 15 jours du
 terme. Garçon de 3650 g.

OBSERVATION N° 19

Madame MAR... 1952
Docteur GABRIEL
in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : R.A.A. avec I.M. légère
Rechute à 20 ans : I.M.-I.A. cardiomégalie
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : néant

CONSULTATION en 1972

1ère grossesse : 1972 (20 ans)

menace d'avortement : traitement hormonal.

L'échographie suspecte une malformation utérine. Cerclage à chaud.

Une nouvelle échographie diagnostique un placenta praevia à 5 ½ mois.

A 6 mois menace d'avortement avec décompensation cardiaque. Ablation du fil : avortement d'un enfant de 700 g qui décède immédiatement.

La révision utérine confirme le diagnostic.

2ème grossesse en 1973 (21 ans)

repos absolu, traitement médical.

Menace de fausse-couche à 3 mois et une semaine : grossesse arrêtée (pas de B.D.C. aux ultra-sons).

Stérilisation vu l'état cardiaque.

OBSERVATION N° 20

Madame MAU... 1950

Docteur ROCHET

ANTECEDENTS

- . familiaux : une soeur porteuse d'un utérus cloisonné.
La mère de ces deux patientes a elle-même
présenté 3 accouchements prématurés.
- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : néant

CONSULTATION en 1974

Nodule du sein. Lors du bilan gynécologique,
le T.V. donne une impression de malforma-
tion utérine sur col unique.

Une H.S.G. en 1975 fait le diagnostic, à 25
ans, d'un utérus bicorne simple.

CONSULTATION en 1975 au Pavillon K.

1ère grossesse (25 ans)

la malformation étant connue, un cerclage
est pratiqué avec traitement médical.

Evolution normale de la grossesse.

Présentation céphalique.

Accouchement à 8 ½ mois d'un garçon de

2250 g. Expulsion d'un placenta double :

l'un normal, de 340 g, l'autre, sans cor-
don, de 80 g.

La révision utérine confirme la malformation :
pas de rétention ; les deux placentas étaient
dans la même cavité. Suites simples.

OBSERVATION N° 21

Madame MAY... 1947

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : néant

CONSULTATION en 19751ère grossesse : 28 ans

accouchement prématuré à 6 ½ mois
(présentation céphalique). Enfant de
1450 g qui va bien actuellement.

Une H.S.G. en 1976 fait le diagnostic, à
29 ans, d'un utérus arcuatus avec béance
manifeste.

2ème grossesse : 1976

cerclage du col à 3 mois ; traitement médical.
Césarienne d'urgence pour procidence du
cordon (présentation céphalique haute) à
terme.

Enfant de 3800 g en état de mort apparente
qui décède.

OBSERVATION N° 22

Madame MIL... 1945
Docteur GABRIEL
in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1962 (17 ans)
avortement au 2ème mois
une H.S.G. fait, en 1970, le diagnostic
d'un utérus bicorne simple.

CONSULTATION en 1970

2ème grossesse (25 ans)

menace d'avortement.

Traitement hormonal jusqu'au terme : présentation céphalique. Travail long (13 h).

Accouchement d'un enfant de 2800 g.

Délivrance artificielle difficile (rétention du délivre dans la corne gauche).

3ème grossesse : 1973 (28 ans)

menace d'avortement à 6 semaines.

Traitement hormonal, repos, cerclage.

Présentation céphalique.

Accouchement à terme d'un enfant de 2950 g.

Délivrance normale.

OBSERVATION N° 23

Madame PER... 1943

Docteur GABRIEL

ANTECEDENTS

- . généraux : néphrite chronique
- . gynécologiques : stérilité volontaire
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1976 (33 ans)
pertes sanglantes précoces : avortement
à 7 semaines.

CONSULTATION en 1977

2ème grossesse (34 ans)

arrêt de la grossesse à 5 mois.

Curetage et exploration manuelle : cavité
malformée.

Une H.S.G. est alors pratiquée, qui fait le
diagnostic d'utérus arcuatus.

Une biopsie révèle un retard de maturation
avec insuffisance lutéale pour un 28° jour.

OBSERVATION N° 24

Madame PON... 1943

Docteur GABRIEL

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1968 (25 ans)
avortement à 6 semaines.

CONSULTATION en 1969

2ème grossesse (26 ans)

menace d'avortement. Utérus rétroversé.

Traitement hormonal.

Avortement à 5 mois.

Une H.S.G. en 1970 fait le diagnostic d'un
utérus bicorne simple.

Une biopsie révèle un endomètre folliculo-
lutéinique hyperplasique avec retard de
lutéinisation.

Traitement hormonal pré-gravidique de 4 mois.

3ème grossesse : 1971 (28 ans)

Traitement médical, repos, cerclage.

Accouchement prématuré, à 6 ½ mois, d'un
enfant de 1650 g viable, hospitalisé à
DEBROUSSE et sorti, pesant 2800 g.

OBSERVATION N° 25

Madame REG... 1942

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : règles irrégulières
kyste ovarien opéré en 1967
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1969 (27 ans)
avortement à 2 ½ mois
2ème grossesse en 1971 (29 ans)
avortement à 2 mois.

CONSULTATION en 1971

une H.S.G fait le diagnostic d'un utérus arcuatus.

Rétroversion.

3ème grossesse : 1971

traitement hormonal.

Placenta praevia ; rupture prématurée des membranes à 5 ½ mois ; expulsion d'un enfant qui décède.

Délivrance artificielle.

Intervention pour fixation simple (docteur COGNAT).

4ème grossesse : 1973 (31 ans)

Traitement hormonal et cerclage.

Rupture des membranes à 5 mois : ablation du fil.

Procidence du cordon.

Grande extraction du siège.

L'enfant décède après 3 semaines.

5ème grossesse : 1976 (34 ans)

Repos, traitement hormonal, cerclage.

A 7 mois, septicémie à colibacilles :
contractions.

Contrôle médical très difficile : accou-
chement brutal à travers le cul-de-sac
postérieur déchiré d'un enfant mort.

OBSERVATION N° 26

Madame RIA... 1940

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse en 1975 (34 ans)
Bassin transversalement rétréci asymétrique.
Hospitalisation en cours de grossesse pour
néphropathie gravidique.
Présentation haute.
Césarienne 8 jours après le terme présumé :
fille de 3350 g.

CONSULTATION en 1976

Une H.S.G. confirme le diagnostic d'utérus
arcuatus constaté lors de la césarienne.

2ème grossesse : 1976

Evolution normale avec traitement médical
et cerclage.

Césarienne prophylactique à 8 mois $\frac{1}{2}$ étant
donné le bassin rétréci : fille de 3740 g.

OBSERVATION N° 27

Madame VAU... 1930

Docteur GABRIEL

in G. BERTIN-HUGAULT

ANTECEDENTS

- . généraux : thyroïdectomie partielle pour adénome.
- . gynécologiques : néant
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1964 (34 ans)
avortement à 2 ½ mois
2ème grossesse en 1964
avortement à 5 semaines
Lors du curetage, sensation de malformation
utérine non suivie d'hystérogaphie.
3ème grossesse en 1965
avortement à 4 ½ mois.
Une H.S.G. confirme le diagnostic d'utérus
bicorne simple.
4ème grossesse : 1966 (36 ans)
Mêlé expulsée au 3ème mois.

CONSULTATION en 1967

- 5ème grossesse (37 ans)
traitement hormonal, repos, cerclage.
Avortement à 5 ½ mois.
- 6ème grossesse (38 ans)
Repos, traitement hormonal, cerclage.
Présentation en siège.
Césarienne prophylactique à 3 semaines du
terme : enfant de 3550 g.

OBSERVATION N° 28

Madame VOG... 1942

Docteur ROCHET

ANTECEDENTS

- . généraux : néant
- . gynécologiques : dysménorrhée et dyspareunie
- . obstétricaux : 1ère grossesse : 1965 (23 ans)
avortement à 2 mois
suspicion à la palpation d'une malformation
utérine.

CONSULTATION en 1965

Une H.S.G. est pratiquée d'emblée, qui fait
le diagnostic d'un utérus bicorne.

2ème grossesse : 1965 (23 ans)
avortement à 2 mois.

Après un traitement médical trophique, une
H.S.G. de contrôle confirme la malformation
(Cl. St Maurice).

3ème grossesse : 1968 (26 ans)

Cerclage du col. Grossesse développée à
gauche.

Présentation par le siège.

Accouchement par le siège, à 8 mois, d'un
enfant de 1960 g.

OBSERVATION N° 29

Madame VOV... 1945

Docteur GAUCHERAND

ANTECEDENTS

- . généraux : albuminurie dans l'enfance qui a conduit
à une U.I.V. sans anomalie anatomique.
- . gynécologiques : R.A.S.
- . obstétricaux : néant

CONSULTATION en 1970 (25 ans)1ère grossesse

Grossesse arrêtée à 4 mois.

Curetage hémorragique.

2ème grossesse : 1971 (26 ans)

Traitement médical.

Pas de béance cervicale.

Accouchement prématuré à 7 mois d'une
fille de 1740 g.

Présentation céphalique.

Révision utérine qui fait suspecter un utérus
arcuatus.Une H.S.G. confirme le diagnostic ; l'isthme
est large.3ème grossesse : 1972 (27 ans)

traitement médical ; cerclage du col.

Présentation céphalique.

Accouchement à terme d'un enfant de 3850 g
malgré un bassin transversalement rétréci.4ème grossesse : 1977 (32 ans)

Cerclage et traitement médical.

Grossesse actuellement à son 7° mois.

COLLECTION DES RESULTATS

TABLEAU I : ANATOMIE : MALFORMATIONS ASSOCIEES .

TABLEAU II : CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

TABLEAU III : COMPORTEMENT GENERAL AVANT LE DIAGNOSTIC

TABLEAU IV : EVOLUTION DES GROSSESSES AVANT LE DIAGNOSTIC

TABLEAU V : EVOLUTION DES GROSSESSES DEPUIS LE DIAGNOSTIC

TABLEAU VI : POIDS DES ENFANTS

OBS. N°	ANATOMIE	DIAGNOSTIC	ASSOCIATION	EXAMENS
1 BEL	communicant	à 28 ans	rein unique	H.S.G. U.I.V.
2 BER	arcuatus	à 26 ans	0	H.S.G.
3 BID	parfait	à 28 ans	0	H.S.G.
4 BRA	simple	à 37 ans	dextrocardie	H.S.G.
5 CHA	simple	à 23 ans	0	H.S.G.
6 CON	parfait	à 29 ans	0	H.S.G.
7 COU	simple	à 23 ans	0	H.S.G. U.I.V.
8 DER	arcuatus	à 25 ans	0	H.S.G.
9 DES	arcuatus	à 32 ans	0	H.S.G.
10 FON	simple	à 22 ans	0	coelioscopie H.S.G.
11 GAE	asymétrique	à 24 ans	0	H.S.G.
12 JIR	simple	à 37 ans	0	H.S.G.
13 GIU	arcuatus	à 25 ans	bassin rétréci	écho H.S.G.
14 GUY	simple	à 23 ans	0	H.S.G.
15 LA	simple	à 31 ans	0	H.S.G.
16 LOI	simple	à 29 ans	rein unique	H.S.G. U.I.V.
17 LOP	simple	à 36 ans	0	H.S.G.
18 LOR	simple	à 22 ans	0	H.S.G.
19 MAR	simple	à 20 ans	0	écho
20 MAU	simple	à 25 ans	0	H.S.G.
21 MAY	arcuatus	à 29 ans	0	H.S.G.
22 MIL	simple	à 25 ans	0	H.S.G.
23 PER	arcuatus	à 34 ans	0	H.S.G.
24 PON	simple	à 27 ans	0	H.S.G.
25 REG	arcuatus	à 29 ans	0	H.S.G.

OBS. N°	ANATOMIE	DIAGNOSTIC	ASSOCIATION	EXAMENS
26 RIA	arcuatus	à 35 ans	bassin rétréci	H.S.G.
27 VAU	simple	à 35 ans	0	H.S.G.
28 VOG	simple	à 23 ans	0	H.S.G.
29 VOV	arcuatus	à 26 ans	bassin rétréci	H.S.H.

TABLEAU II : CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

OBS. N° 1	accouchement à 7 mois et demi
OBS. N° 2	bilan d'une stérilité primaire de 3 mois
OBS. N° 3	deux avortements à 5 mois et demi chacun
OBS. N° 4	stérilité involontaire de 2 ans puis avortement au 5ème mois
OBS. N° 5	accouchement prématuré à 6 mois et demi
OBS. N° 6	deux accouchements à terme par le siège
OBS. N° 7	stérilité involontaire de 1 an
OBS. N° 8	avortement au 4ème mois
OBS. N° 9	trois avortements à 2 mois
OBS. N° 10	deux avortements à 3 mois, un accouchement prématuré à 6 ½ mois
OBS. N° 11	dysménorrhée
OBS. N° 12	bilan d'une stérilité de couple
OBS. N° 13	palpation d'une anomalie utérine pendant la grossesse puis R.U.
OBS. N° 14	trois avortements : 2 mois, 1 mois ½, un mois ½
OBS. N° 15	un avortement à 2 mois ½
OBS. N° 16	douleurs abdominales
OBS. N° 17	douleurs per et pré menstruelles
OBS. N° 18	stérilité primaire de 4 ans
OBS. N° 19	menace d'avortement puis accouchement prématuré à 6 mois ½

OBS. N° 20	découverte d'examen systématique
OBS. N° 21	accouchement prématuré à 6 mois $\frac{1}{2}$
OBS. N° 22	avortement au 2ème mois
OBS. N° 23	deux avortements à 2 et 5 mois
OBS. N° 24	deux avortements à 6 semaines et à 5 mois
OBS. N° 25	deux avortements à 10 semaines et 8 semaines
OBS. N° 26	césarienne sur bassin rétréci avec terme dépassé
OBS. N° 27	trois avortements à 8 semaines, 7 semaines, 4 mois $\frac{1}{2}$
OBS. N° 28	deux avortements à 2 et 3 mois
OBS. N° 29	avortement à 4 mois - prématurité à 6 $\frac{1}{2}$ mois, 1740 g.

TABLEAU III : COMPORTEMENT JUSQU'AU DIAGNOSTIC

OBS. N° 1	albuminurie (puis UIV) accouchement prématuré à 7 ½ mois
OBS. N° 2	spanioménorrhée - stérilité involontaire de 3 ans
OBS. N° 3	deux avortements à 5 ½ mois chacun
OBS. N° 4	stérilité involontaire de 2 ans - avortement à 5 mois
OBS. N° 5	cycles irréguliers - accouchement prématuré à 6 ½ mois
OBS. N° 6	deux accouchements à terme et en siège 3300-3500 g
OBS. N° 7	cycles irréguliers
OBS. N° 8	cycles longs - avortement à 4 mois - colibacillose
OBS. N° 9	trois avortements spontanés à 2 mois - un avortement provoqué
OBS. N° 10	un avortement à 3 mois - un accouchement prématuré à 6 ½ mois d'un enfant qui décède - un 2ème avortement à 3 ½ mois
OBS. N° 11	dysménorrhée
OBS. N° 12	stérilité involontaire
OBS. N° 13	dysménorrhée - cycles longs - avortement à 2 mois
OBS. N° 14	trois avortements précoces - cystite à chaque grossesse
OBS. N° 15	avortement spontané -avortement provoqué
OBS. N° 16	gémellaire : 2000 et 2200 g trois semaines avant terme

OBS. N° 17	deux grossesses à terme - ligature des trompes
OBS. N° 18	stérilité primaire
OBS. N° 19	RAA+IM accouchement précoce d'un enfant de 700 g non viable
OBS. N° 20	nodule du sein - bilan gynécologique
OBS. N° 21	accouchement prématuré à 6 ½ mois d'un enfant vivant et viable
OBS. N° 22	avortement au 2ème mois
OBS. N° 23	deux avortements à 2 et 5 mois
OBS. N° 24	avortements à 6 semaines et à 5 mois
OBS. N° 25	cycles irréguliers - avortements à 2 ½ mois et 2 mois
OBS. N° 26	grossesse avec terme dépassé de 8 jours : 3350 g césarienne
OBS. N° 27	3 avortements à 6 semaines, 7 semaines, 18 semaines
OBS. N° 28	deux avortements à 2 et 3 mois
OBS. N° 29	avortement à 4 mois - prématurité à 6 ½ mois 1740 g

TABLEAU IV
EVOLUTION DES GROSSESSES AVANT LE DIAGNOSTIC
DE MALFORMATION UTERINE

	GROSSESSE N°	AGE	INTERRUPTION	PRESENTATION	POIDS
OBS. N° 1	1	27	7 ½ mois	céphalique	2360 g
OBS. N° 2	0				
OBS. N° 3	1	26	5 ½ mois		1700 g
	2	29	5 ½ mois		900 g
OBS. N° 4	1	37	5° mois		
OBS. N° 5	1	23	6 ½ mois	céphalique	1150 g
OBS. N° 6	1		terme	siège	3300 g
	2		terme	siège	3500 g
OBS. N° 7	0				
OBS. N° 8	1	24	4° mois		
OBS. N° 9	1	20	2° mois		
	2	24	2° mois		
	3	25	2° mois		
	4	30	2° mois		
OBS. N° 10	1	21	3° mois		
	2	23	6° mois	céphalique	1400 g
	3	24	3 ½ mois	.	
OBS. N° 11	0				
OBS. N° 12	0				
OBS. N° 13	1	24	4° mois		
OBS. N° 14	1	22	2° mois		
	2	23	6 semaines		
	3	23	6 semaines		

	GROSSESSE N°	AGE	INTERRUPTION	PRESENTATION	POIDS
OBS. N° 15	1	26	2 ½ mois		
	2	28	2° mois		
OBS. N° 16	1	26	8 1/4 mois	jumeaux	2000 g 2200 g
OBS. N° 17	1	16	terme	céphalique	3350 g
	2	18	terme	céphalique	3500 g
OBS. N° 18	0				
OBS. N° 19	1	20	6 ½ mois		700 g
OBS. N° 20	0				
OBS. N° 21	1	28	6 ½ mois	céphalique	1450 g
OBS. N° 22	1	17	2° mois		
OBS. N° 23	1	33	7° semaine		
	2	34	5° mois		
OBS. N° 24	1	25	6° semaine		
	2	26	5° mois		
OBS. N° 25	1	27	2 ½ mois		
	2	29	2° mois		
OBS. N° 26	1	35	terme + 8 j	césarienne	3350 g
OBS. N° 27	1	34	10 semaines		
	2	34	7 semaines		
	3	35	4 ½ mois		
OBS. N° 28	1	23	2° mois		
	2	23	3° mois		
OBS. N° 29	1	25	4° mois		
	2	26	7° mois	céphalique	1740 g

OBS. N°	GROSSESSE	AGE DIAGNOSTIC	AGE GROSSESSE	TRAITEMENT	RESULTAT
OBS. N° 2	1			Réssection cunéiforme de l'ovaire	fécondité
		26	28	Traitement médical et cerclage	siège à 7 ½ mois : 1600g
OBS. N° 8	2	25	25	Traitement médical et cerclage	grossesse en cours
OBS. N° 9	5	32	33	Traitement médical seul	avortement à 2 mois
	6		34	Traitement médical seul	avortement à 2 mois
OBS. N° 13	2	25	25	Traitement médical et cerclage	Césarienne sur bassin rétréci à 8 ½ mois : 3460 g (présentation transversale)
OBS. N° 21	3		27	Traitement médical et cerclage	en cours
	2	29	29	Traitement médical et cerclage	césarienne à terme sur procidence : 3800 g
OBS. N° 23	0	34			
OBS. N° 25	3	29	29	Traitement médical et cerclage	avortement à 5 ½ mois
	4		31	Traitement médical et cerclage	avortement tardif ; l'enfant décède après 3 semaines
	5		34	Traitement médical et cerclage	septicémie à coli : avortement à 7 mois d'un enfant mort

OBS. N°	GROSSESSE	AGE DIAGNOSTIC	AGE GROSSESSE	TRAITEMENT	RESULTAT
OBS. N° 26	2	35	36		césarienne prophylactique à 8 ½ mois : bassin rétréci : 3740 g
OBS. B° 29	3	26	26	Traitement médical et cerclage	terme : 3850 g bassin transversalement rétréci
	4		27	Traitement médical et cerclage.	grossesse en cours

	GROSSESSE	AGE DIAGNOSTIC	AGE GROSSESSE	TRAITEMENT	RESULTAT
OBS. N° 1				stérilité secondaire traitée	fécondité
	2	28	30	traitement médical et cerclage	grossesse en cours
OBS. N° 3	3	28	32	0	7 ½ mois : 2150 g
	4		35	0	avortement à 3 ½ mois
	5		39	traitement médical et cerclage	terme : 3100 g
OBS. N° 4	2	37	38	traitement médical et cerclage	terme : 3100 g
OBS. N° 5	2	23	25	traitement médical et cerclage	7 ½ mois : 2100 g
OBS. N° 6	3	29	30	0	terme : 3300 g
OBS. N° 7	1	23	24	0	avortement à 2 mois
	2		25	cerclage seul	enfant malformé à terme
	3		25	traitement médical et cerclage	terme : 3500 g
	4		29	traitement médical et cerclage	terme : 3520 g
OBS. N° 10	4	22	25	ttt. méd. et cerclage à chaud	avortement tardif

OBS. N°	GROSSESSE		AGE DIAGNOSTIC	AGE GROSSESSE	TRAITEMENT	RESULTAT
OBS. N° 14	4		23	24	traitement médical et cerclage	siège : 7 ½ mois 2140 g
	5			25	traitement médical et cerclage	avortement après accident
	6			25	traitement médical et cerclage	terme : 3150 g
	7			27	traitement médical et cerclage	podalique 7 ½ mois 2500 g
OBS. N° 15	8			30	traitement médical et cerclage	7 mois et 7 jours 1400 g
	3		31	31	0	avortement à 2 mois
OBS. N° 16					salpingectomie bilatérale	
OBS. N° 17					ligature bilatérale	
OBS. N° 18	1		22	25	0	oeuf clair à 6 se- maines
	2			25	ttt. méd. cerclage refusé	8 mois et 7 jours : 2900 g
	3			32	traitement médical et cer- clage	8 mois et 15 jours 3650 g

	GROSSESSE	AGE DIAGNOSTIC	AGE GROSSESSE	TRAITEMENT	RESULTAT
OBS. N° 19	2	20	21	traitement médical	grossesse arrêtée à 3 mois
OBS. N° 20	1	25	25	traitement médical et cer- clage	8 ½ mois : 2250 g
OBS. N° 22	2	25	25	ttt. méd. et cerclage	terme : 2800 g
	3		28	ttt. méd. et cerclage	terme : 2950 g
OBS. N° 24	3	27	28	ttt. méd. et cerclage	6 ½ mois : 1650 g
OBS. N° 27	4	35	36	ttt. méd. et cerclage	môle au 5° mois
	5		37	ttt. méd. et cerclage	avortement à 5 ½ mois
OBS. N° 28	6		38	ttt. méd. et cerclage	siège : césarienne 8 ½ mois : 3550 g
	3	23	26	ttt. méd. et cerclage	8 mois : 1960 g.

TABLEAU VI : POIDS DES ENFANTS

OBS. N°	EPOQUE	POIDS MOYEN	POIDS EFFECTIF
OBS. N° 21	6 ½	1840	1450
OBS. N° 26	terme	3450	3350
OBS. N° 2	6 3/4	2050	1600
OBS. N° 13	8 ½	3250	3460
OBS. N° 26	8 ½	3450	3740
OBS. N° 21	terme	3450	3800
OBS. N° 1	7 ½	2670	2360
OBS. N° 3	5 ½	1200	1700
OBS. N° 3	5 ½	1200	900
OBS. N° 5	6 ½	1840	1150
OBS. N° 6	terme	3450	3300
OBS. N° 6	terme	3450	3500
OBS. N° 10	6	1400	1400
OBS. N° 16	8 1/4	jumeaux	2000-2200
OBS. N° 17	terme	3450	3350
OBS. N° 17	terme	3450	3300
OBS. N° 19	6 ½	1840	700
OBS. N° 21	6 ½	1840	1450
OBS. N° 3	7 ½	2670	2150
OBS. N° 3	terme	3450	3100
OBS. N° 4	terme	3450	3100
OBS. N° 5	7 ½	2670	2100
OBS. N° 6	terme	3450	3300
OBS. N° 7	terme	3450	3500
OBS. N° 11	terme	3450	3300
OBS. N° 12	6	1400	1360
OBS. N° 14	7 ½	2670	2140
OBS. N° 14	terme	3450	3150
OBS. N° 14	7 ½	2670	2500
OBS. N° 14	7 1/4	2480	1400

TABLEAU VI : suite

OBS. N°	EPOQUE	POIDS MOYEN	POIDS EFFECTIF
OBS. N° 18	8 1/4	3130	2900
OBS. N° 18	8 1/4	3250	3650
OBS. N° 20	8 1/4	3250	2250
OBS. N° 22	terme	3450	2800
OBS. N° 22	terme	3450	2950
OBS. N° 24	6 1/2	1840	1650
OBS. N° 26	T.+8j.	3450	3350
OBS. N° 26	8 1/4	3250	3750
OBS. N° 27	8 1/4	3130	3550
OBS. N° 28	8	3000	1960
OBS. N° 29	7	2260	1740
OBS. N° 29	terme	3450	3850

SYNTHESE DES RESULTATS

- . FREQUENCE DES DIFFERENTES FORMES ANATOMIQUES
- . MALFORMATIONS ASSOCIEES
- . CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT AU DIAGNOSTIC
- . ANTECEDENTS GLOBAUX
- . STERILITE
- . INTERRUPTION DE GROSSESSE
- . EVOLUTION DES GROSSESSES
- . PRESENTATION
- . HYPOTROPHIE
- . CESARIENNES
- . SYNTHESE GLOBALE
- . DISCUSSION
- . CARACTERE FAMILIAL

FREQUENCE DES DIFFERENTES FORMES ANATOMIQUES

Nous rapportons 29 observations d'utérus bicornes ainsi répartis :

9 utérus cordiformes

20 utérus non cordiformes

- . 2 bicornes parfaits
- . 16 bicornes simples
- . 1 bicorne asymétrique
- . 1 bicorne communicant

MALFORMATIONS ASSOCIEES

2 patientes sur 29 présentent une malformation urinaire (rein unique) ; une troisième est porteuse d'une dextro-cardie probablement indépendante.

3 cas de malformations osseuses ont été retenus : un bassin transversalement rétréci n'empêche pas l'accouchement par les voies naturelles ; les deux autres cas ont conduit à des césariennes. Il s'agit dans les trois cas d'observation d'utérus cordiformes.

CIRCONSTANCES QUI CONDUISENT AU DIAGNOSTIC

- troubles gynécologiques : trois cas
- présentation anormale : un cas : présentation par le siège lors de deux grossesses consécutives.
- prématurité : 6 cas qui conduisent au diagnostic dès le 1° prématuré
- avortements : 12 cas : 4 dès le 1° avortement

5 dès le 2° avortement

3 après le 3° avortement

l'avortement inquiète donc moins que la prématurité.

- stérilité : 4 cas : 3 qui cèdent au traitement médical
1 due au mari qui décède.
- césarienne sur bassin rétréci : 1 cas
- découverte d'examen clinique : 2 cas.

ANTECEDENTS GLOBAUX

Avant que le diagnostic de malformation utérine soit porté, une femme peut avoir présenté des troubles de natures différentes, en dehors même de ceux qui ont conduit au diagnostic. Ainsi se sont manifestés :

- une stérilité transitoire, chez 5 femmes
- un ou plusieurs avortements, chez 15 femmes
- une prématurité, chez 7 femmes
- une présentation anormale, chez une femme
(par deux fois)
- des troubles gynécologiques, chez 8 femmes.

Par comparaison avec les résultats précédents, on constate que :

la prématurité, présente 7 fois, conduit 6 fois au diagnostic, le 7° cas a été diagnostiqué à l'occasion de douleurs abdominales ; les avortements, présente chez 16 femmes, ont conduit 12 fois au diagnostic, les autres cas ont été diagnostiqués pour le 1°, à l'occasion d'une stérilité primaire, pour le 2°, à l'occasion d'une révision utérine, pour le 3° et 4°, à la suite d'une prématurité.

STERILITE

Avant que le diagnostic d'utérus bicorne soit porté, nous relevons 5 cas sur 29 observations ; il s'agit à chaque fois d'une stérilité primaire :

l'une est un STEIN-LEWENTHAL dont la chirurgie vient à bout ;
une autre est due au mari, lequel décède ;
les trois autres sont résolues par un traitement médical.

Au total, cette stérilité disparaît.

INTERRUPTION DE GROSSESSE

avant que le diagnostic soit porté, 23 femmes ont présenté 40 grossesses :

5 grossesses menées à terme ont donné naissance à 5 enfants non hypotrophiques.

7 grossesses prématurément interrompues donnent naissance à 7 enfants, dont 2 jumeaux ; un autre décède.

28 grossesses aboutissent à un avortement :

à 6 mois : 2 cas
à 5 mois : 3 cas
à 4 mois : 3 cas
à 3 mois : 3 cas
à 2 mois : 17 cas (2 ont été provoqués)

Ces avortements sont inégalement répartis d'une femme à l'autre :

3 femmes ont présenté 3 avortements
6 femmes ont présenté 2 avortements
7 femmes ont présenté 1 avortement.

L'étude de l'age permet de constater qu'ici comme ailleurs les primigestes tardives avortent plus volontiers.

Les avortements du 1er trimestre, de nature hormonale, représentent 71 % des avortements.

Les avortements du 2ème trimestre, imputables à la béance du col, représentent 29 % des avortements.

EVOLUTION DE GROSSESSE

En l'absence de traitement :

enfants vivants et à terme :	10 %
prématurés vivants :	12,5 %
avortements :	67 %

L'étude distinctive des utérus cordiformes et non cordiformes met en évidence la différence de pronostic selon le type malformatif :

	cordiformes	non cordiformes
enfants vivants et à terme	5,8 %	17,3 %
prématurés vivants	17,5 %	17,3 %
avortements	70 %	60 %

Après que le diagnostic soit porté, 6 grossesses évoluent sans traitement :

- 1 enfant vivant et à terme
- 1 prématuré vivant
- 4 avortements.

Avec traitement médical et cerclage du col :

	cordiformes	non cordiformes
enfants vivants et à terme	11 %	30 %
prématurés vivants	33 %	42 %
avortements	55 %	14,5 %

Parmi les utérus arcuatus :

- . 1 enfant décédé par procidence du cordon à terme
- . 1 enfant décédé par septicémie de la mère
- . 2 césariennes sur bassin rétréci à 8 ½ mois
- . 2 avortements précoces avant le cerclage
- . 3 grossesses en cours.

Parmi les utérus bicornes non cordiformes :

- 1 môle hydatiforme
- 1 avortement après accident de voiture
- 1 cerclage à chaud
- 1 césarienne prophylactique à 38 ans
- 1 porteuse d'une cardiopathie grave qui domine le pronostic
- 1 grossesse en cours.

Avec traitement médical seul :

- refus du cerclage : 1 cas : accouchement à 8 ½ mois
- avant cerclage : 3 cas : il s'agit d'avortements très précoces.

PRESENTATION

	cordiformes	non cordiformes
transversale	1	0
siège	2	9
céphalique	2	21

HYPOTROPHIE

Nous avons comparé le poids des enfants au poids moyen cité par LEROY et LEFORT (97). L'hypotrophie est ici certaine,

chez les prématurés comme chez les enfants à terme, avec un degré d'inconstance de 50 %. Cette hypotrophie avait été remarquée par DUMONT (51) quand l'utérus est malformé. L'utérus arcuatus semble moins hypotrophiant que les autres utérus bicornes.

CESARIENNES

Nous avons retenu 4 cas :

- . le 1er à titre prophylactique sur utérus non cordiforme
- . le 2ème sur utérus cordiforme en raison d'une procidence du cordon à terme avec décès de l'enfant.
- . le 3ème en raison d'un bassin étroit (utérus arcuatus)
- . le 4ème en raison d'un bassin étroit et d'une présentation transversale (utérus arcuatus également).

SYNTHESE GLOBALE

Nous rapportons 29 observations d'utérus bicornes. 9 sont des utérus arcuatus, 20 sont des utérus non cordiformes, qui ont donné lieu respectivement à 30 grossesses et 44 grossesses.

En l'absence de traitement :

	cordiformes	non cordiformes
enfants vivants par grossesse	23 %	34 %

Avec traitement médical et cerclage du col :

	cordiformes	non cordiformes
enfants vivants par grossesse	44 %	72 %

DISCUSSION

L'étude comparative du comportement des utérus bicornes, cordiformes et non cordiformes met en évidence leurs caractères pathologiques inégaux :

Les données de l'embryologie, en premier lieu, de l'anatomie puis du comportement pathologique, de la réponse à la thérapeutique enfin permettent de situer l'utérus arcuatus dans une catégorie qui lui est propre, en tout cas distincte des utérus bicornes ; en effet :

quand la résorption du septum débute pour s'étendre de bas en haut, la phase d'accolement n'est pas terminée. Le chevauchement de ces deux phases explique la formation d'un utérus intermédiaire type arcuatus, dont la partie inférieure est strictement normale et dont la partie supérieure est échancrée. Si l'incisure externe rattache l'utérus arcuatus au groupe des bicornes, sa portion inférieure le rattache aux utérus septaux, de même que l'éperon interne, petit septum, plutôt que la correspondance de l'incisure externe. Certains septaux présentent d'ailleurs une incisure externe du fond. Ainsi apparaît la notion d'utérus septo-cordiforme, utérus aussi proche des utérus septaux par son fond, qu'il est loin des utérus bicornes par sa portion inférieure normale.

L'utérus bicorne est volontiers hypoplasique, avec des enfants hypotrophiques ; l'utérus cordiforme, au contraire, est assez bien développé dans la majorité des cas, abritant des enfants de poids normal.

Pathologiquement, l'utérus arcuatus est d'un pronostic moins bon que les utérus bicornes non cordiformes.

La réponse à la thérapeutique est inférieure en cas d'utérus arcuatus.

Cette nature embryologique, anatomique, clinique, thérapeutique, nous invite à considérer l'utérus arcuatus comme non bicorne, forme de transition entre utérus bicornes et septaux.

CHAPITRE VII

CONDUITE ACTUELLE

Une plastie utérine isolée demeure insuffisante le plus souvent. Le traitement médical et le cerclage qui lui sont associés peuvent-ils permettre à eux seuls l'achèvement d'une grossesse, sans correction chirurgicale.

Nous avons voulu répondre à cette question d'une part à travers l'étude de l'incidence de la forme et des dimensions de la cavité utérine sur le pronostic obstétrical, d'autre part à travers l'étude de 29 observations d'utérus bicornes avant et après le diagnostic de malformation, sans traitement et avec le traitement médical que nous avons proposé et que nous détaillons ici.

TRAITEMENT PRE-GRAVIDIQUE

La prescription de cycles artificiels favorise la nidation. Un traitement folliculinique suivi de progestérone et un traitement vaso-dilatateur sous forme de bêta-mimétique concourent à cette préparation.

TRAITEMENT PER-GRAVIDIQUE

Traitement hormonal

- PROGESTERONE-RETARD : 500 mg par semaine, du début de la grossesse au milieu du 4ème mois.
- GONADOTROPHINES CHORIONIQUES : 1000 unités, trois fois par semaine, pendant un mois, si les prolans B sont inférieurs à 1000 unités lapine (7000 u.i.) et à plus forte raison si on a la notion d'avortements à répétition.
- pas d'OESTROGENES

Traitement de la béance cervicale

Bien qu'elle ne soit pas retrouvée cliniquement à chaque fois, une béance peut se manifester secondairement : un CERCLAGE SYSTEMATIQUE DU COL s'impose, pratiqué selon la technique de HERVET, entre la 12° et la 14° semaine de grossesse, en fonction des antécédents.

Traitement médical complémentaire

Un traitement vaso-dilatateur utérin sous forme de PRAXILENE, SALBUTAMOL, BETA-MIMETIQUES, peut être entrepris du 3° mois à la fin de la grossesse, en fonction des antécédents.

Le syndrome de la membrane hyaline est à redouter en cas de prématurité ; on le préviendra par quatre injections en 48 heures de 6 mg de BETNESOL (soit 24 mg) au 6° mois.

Surveillance de la vitalité foetale par ultra-sons

Les mouvements du coeur sont perçus dès le 2° mois de grossesse et contrôlés chaque mois. Les dosages urinaires de pregnandiol et d'oestriol peuvent être utiles.

L'échographie permet le contrôle de l'insertion placentaire, du développement foetal, le calcul du diamètre bi-pariétal. L'estimation d'une hypotrophie foetale est un argument en faveur du traitement vaso-dilatateur.

Contrairement à PALAYER (125), nous estimons que l'utérus bicorne se distingue de l'utérus septal et plus particulièrement dans l'attitude thérapeutique qui lui revient.

Si l'aspect hystérographique est insuffisant à différencier ces deux types malformatifs, l'hystéro-phlébographie semble plus à même d'être pratiquée systématiquement qu'une coelioscopie.

Dans la mesure où une vérification anatomique n'a pas été faite par nous, sauf à l'occasion des césariennes, nous sommes convaincus d'avoir traité comme bicornes un certain nombre d'utérus septaux. A la lumière de nos résultats, il convient ainsi de constater, d'une part que ce traitement est efficace quand bien même il ne s'applique pas à ce type malformatif dont le pronostic général est inférieur à celui de l'utérus bicorne, d'autre part que notre statistique serait probablement meilleure si nous ne rapportions que des utérus bicornes anatomiquement vérifiés.

C O N C L U S I O N S

- 1) L'utérus bicorne unicervical est exposé dans son embryologie, son anatomie, son comportement habituel, sa pathologie. Tout au long de cette étude l'utérus arcuatus ou cordiforme est distingué des autres utérus bicornes.

29 observations d'utérus bicornes sont étudiées. 9 sont cordiformes, 20 ne sont pas cordiformes :

- 2) Nous retrouvons la pathologie habituellement imputée aux utérus bicornes non traités, hormis la stérilité irréductible.
- 3) L'utérus arcuatus se distingue des autres utérus bicornes par sa plus forte pathologie au point que nous discutons sa place parmi ceux-ci.
- 4) Contrairement aux données habituelles, nous considérons que l'utérus bicorne est principalement hypoplasique et accessoirement malformé, avec pour conséquence une hypotrophie des enfants à terme, comme avant terme, dans 50 % des cas.
- 5) Nous proposons un traitement médical, principalement hormonal, auquel est associé un cerclage systématique du col au cours du 3^e mois de la grossesse.

6) Il a été noté globalement :

en l'absence de traitement, 23 % d'enfants vivants quand l'utérus est cordiforme, et 34 % quand l'utérus est bicorne non-cordiforme.

avec traitement hormonal et cerclage du col, ces chiffres s'élèvent respectivement à 44 % et 72 %.

7) Nous suggérons l'emploi de l'hystérophlébographie qui dispense d'une coelioscopie au cours du diagnostic anatomique de la malformation, ou mieux encore, l'emploi des ultra-sons.

8) Enfin, nous rapportons 2 observations qui invitent à penser que cette affection peut revêtir un caractère familial.

Vu, le Directeur de l'U.E.R.
ALEXIS CARREL

Professeur R. MORNE

Le Président de la Thèse

Professeur M. DUMONT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 25 AVRIL 1978

Le Président de l'Université Claude Bernard

Professeur D. GERMAIN

PRINCIPAUX OUVRAGES ET ARTICLES CONSULTÉS

1 - ALPIZAR M. PALMER R.

Résultats éloignés de 66 cas d'hystéroplastie pour bifidité utérine.

C.R. Soc. Fr. Gyn. 1970 , 40 , n°3 , 179-188.

2 - ANGLADE G.

Malformations utérines, causes d'interruption de grossesse. Discussion du traitement par l'opération de STRASSMANN.

Thèse , Paris 1962 , n°883.

3 - BADEN W.F.

Incontinence du col. Réparation durant la grossesse.

Am. J. Obst. Gyn. 1957 , 74 , 241-245.

4 - BAKER W.S. ROY R.L. BANCROFT C.E.

Grossesses dans les utérus malformés. Analyse de 118 cas de la littérature. Etude de 9 nouveaux cas.

Am. J. Obst. Gyn. 1953 , 66 , n°3 , 580-597.

5 - BARRAT M.

Avortement par béance de l'isthme.

En. Med. Chir. 5075 BLO.

6 - BARTER L.

A propos de 98 cerclages du col utérin.

Am. J. Obst. Gyn. 1963 , 85 , n°6 , 792-799.

7 - BARTER R.H.

Fermeture du col incontinent pendant la grossesse.

Am. J. Obst. Gyn. 1957 , 75 , n°5 , 511-521.

8 - BECLERE C. FAYOLLE G.

L'hystéro-salpingographie.

Masson Edit. Paris 1961.

9 - BECLERE C. FAYOLLE G.

L'exploration radiologique des malformations et hypoplasies génitales.

XXII° Assises Françaises de Gynécologie.

Masson Edit. Paris 1964.

- 10 - BELAISH J. MUSSET R. NETTER A. MINTZ M.
A propos d'un cas d'utérus unicorne vrai, avec agénésie gonadique et müllerienne controlatérale.
C.R. Soc. Fr. Gyn. 1964 , 34 , n°3 , 281-284.
- 11 - BELLAIR J.
La gynécographie.
Thèse , Paris 1962 , n°905.
- 12 - BEGNITO B.
Utérus double à col unique.
Am. J. Obst. Gyn. 1954 , 68 , n°3 , 860-866.
- 13 - BENZINA-BENCHEICK T. NACCASH F.
Conséquences des malformations utérines sur la grossesse et le travail.
Tunisie Med. 1968 , 38 , 437-448.
- 14 - BERTIN-HUGAULT G.
De l'utérus bicorne.
Thèse , Lyon 1976 , n°32.
- 14'- BERTRAND P. BRUNOTTE J.
Béance du col.
Discussion du XIX° Congrès de Nancy.
Masson Edit. 1961 , 321.
- 15 - BOMPIANI A. RIGAT L.
Contribution de la pneumo-pelvigraphie au diagnostic des utérus doubles.
Minerva Med. 1962 , 53 , n°51 , 2021-2027.
- 17 - BOUCOMONT P. THOULON J.M.
Grossesse dans un utérus bicorne, corne utérine droite praevia, césarienne.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1965 , 17 , n°5 , 462-464.
- 18 - BOURREL P. MONTBARBON J.P. QUINTYN M.
Rupture d'utérus bicorne.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. 1965 , 17 , n°4 , 340.

19 - BRET A.J.

Avortements à répétition. Hystéroplastie sans résection musculaire.

Bull. Fed. Gyn. Obst. Fr. 1962 , 14 , n°2 , 112-119.

20 - BRET A.J. LEGROS R.

Les malformations rénales associées aux malformations génitales, au cours de la grossesse.

Rev. Fr. Gyn. 1955 , 50 , 103-111.

21 - BRIGNOLI P.

La béance cervico-isthmique.

Thèse , Lyon 1971 , n°94.

22 - BURTHIAULT R. BOUDENES G.

Avortements à répétition et malformations utérines.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1952 , 4 , n°3 , 560.

23 - BURTHIAULT R. MATHIEU J. CHARVET F.

Avortements à répétition. Opération de STRASSMANN.

Bull. Soc. Fed. Gyn. Obst. Fr. 1956 , 2 , n°3 , 293-296.

24 - CANEL M.

30 observations de béance cervico-isthmique au cours de grossesses traitées par le procédé de Mc DONALD.

XIX° Congrès de Nancy.

Masson Edit. 1961 , 283.

25 - CARPENTER R.J. JAMESON W.J.

Utérus bicorne à col unique avec corne rudimentaire.

Am. J. Obst. Gyn. 1952 , 63 , n°1 , 206-208.

26 - CARTAULT P.

Conséquences obstétricales des malformations utérines congénitales.

Thèse , Lyon 1954 , n°187.

27 - CHARTIER M.

De certaines causes locales de l'avortement à répétition, en particulier de la béance de l'isthme utérin : leur traitement chirurgical.

Thèse , Paris 1952 , n°1070.

28 - CHARVET F.

Etiologies de l'avortement habituel.

Journal de Médecine de LYON , 1957 , 38 , 795.

29 - CHASTRUSSE L. DUBECQ J.P.

Traitement des interruptions prématurées de grossesse par cerclage du col.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1960 , 3 , 213.

30 - CHASTRUSSE L. DUBECQ J.P.

A propos de 44 cas de malformations utérines congénitales.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1961 , 56 , 429-441.

31 - CHARVIER F.

Les malformations de l'appareil génital féminin avec rétention menstruelle.

Thèse , Lyon 1974.

32 - CIMELIARO M.

Anomalies congénitales de l'isthme utérin et du canal cervical.

Clin. Obst. Gyn. 1963 , 6 , 8 , 23.

33 - CHOSSON J.

Considérations cliniques sur les malformations utérines.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1967 , 12 , 689-695.

34 - CHOSSON J.

Essai de classification embryologique des malformations d'origine Müllérienne de l'appareil génital féminin.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1967 , 12 , 695-702.

35 - CIMELIARO M.

Anomalies congénitales de l'isthme utérin et du canal cervical.

Clin. Obst. Gyn. 1963 , 6 , 8 , 23.

- 36 - CLAVERT J.
Le développement de l'appareil génital de la femme.
XXII^e Assises de Gynécologie.
Masson Edit. 1964 , 1-14.
- 37 - COIGAUD R. LONGY C.
Malformation utérine et grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1967 , 19 , 5 , 448.
- 38 - COLETTE C.
A propos d'une grossesse gémellaire hydramniotique développée dans un
utérus malformé.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1960 , 12 , 182-184.
- 39 - CONDAMIN P.
309 accouchements en présentation du siège.
Thèse , Lyon 1976.
- 40 - CORDIER G. ROY-CAMILLE R.
Malformations congénitales de l'utérus.
E.M.C. 123 A-10 , 3 , 1959.
- 41 - DARGENT D.
Rupture d'une corne utérine rudimentaire gravide.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1969 , 21 , 5 , 446.
- 42 - DARGENT D. COGNAT M. MUGUET D. RAUPP C.
Les dangers de la coelioscopie.
Cahiers Med. Lyon. 1974 , 50 , 1829-1847.
- 43 - DELLENBACH P. GILLET J.Y. MULLER P.
Les malformations du tractus génital de la femme, et celles du haut
appareil urinaire qui peuvent leur être associées.
Sem. Hôp. Paris , 1967 , 911-940.
- 43'- DIN VAN THUNG.
Grossesse dans une corne rudimentaire d'un utérus bicorne.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1963 , 19 , 3 , 368-371.

44 - DREYFUS J. MULLER P.

Rétentions menstruelles unilatérales observées dans un cas d'utérus cloisonné.

C.R. Soc. Fr. Gyn. 1969 , 39 , 3 , 159-171.

44'- DUBOIS J.

Les accouchements prématurés à répétition consécutifs à une béance de l'isthme utérin.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1963 , 15 , 4 , 526.

45 - DUGOING M. BAUX R.

Technique de la phlébographie pelvienne.

JRN. de Radiologie. 1951 , 32 , 910 , 719.

46 - DUMONT M. CARTAULT P.

Conséquences obstétricales des malformations utérines congénitales.

Lyon Médical. 1954 , 86 , 46 , 402-426.

47 - DUMONT M. NELKEN S.

Présentation d'un coefficient d'appréciation de la béance du col.

Bull. Fed. soc. Gyn. Obst. Fr. 5-1-1970.

48 - DUMONT M.

Accidents de la coelioscopie.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 5-1-1970.

49 - DUMONT M. PELLISSIER B.

Les echecs du cerclage par faute technique.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 5-1-1970.

50 - DUMONT M. HALLONET P.

Un cas d'intolérance au cerclage du col utérin.

C.R. Soc. Obst. Gyn. LYON , 1966 , 7.

51 - DUMONT M. THOULON J.M.

Etude clinique et para-clinique de l'hypotrophie foetale.

Bull. Fed. soc. Gyn. Obst. Fr. 1970 , 22-1 , 448.

52 - DUMONT M.

La grossesse et l'accouchement chez la primipare de plus de 35 ans.

Gyn. et Obst. 1962 , 61 , 4 , 515.

53 - DUMONT M. NELKEN S. CONDAMIN P.

Etude de 309 accouchements par le siège.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1977 , 12 , 775-778.

54 - DUNCAN A.S. JOHN A.H.

Cancer de l'endomètre dans un utérus bicorné.

Jrn. Obst. Gyn. BRITISH EMPIRE. 1962 , 69 , 3 , 488-490.

55 - FABRE M. CARCOPINO C.

Phlébographie pelvienne.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1965 , 5 , 383.

56 - FALLS F.H.

Arcuatus utérus.

Am. J. Obst. Gyn. 1939 , 38 , 661.

57 - FALLS F.H.

Pregnancy in bicornuate uterus.

Am. J. Obst. Gyn. 1956 , 72 , 6 , 1243-1254.

58 - FELDMAN J.P.

La voie sus-pubienne en coelioscopie.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1970 , 69 , 1 , 55-64.

59 - FELDMAN J.P. VEYRE J.F.

Faut-il élargir les indications du cerclage du col.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1977 , 72 , 5 , 335-414.

60 - FENTON A.M. SINGH B.P.

Pregnancy associated with congenital abnormalities of the female reproductive tract.

Am. J. Obst. Gyn. 1952 , 63 , 4 , 744-755.

61 - FODA M.S.

L'hystérogaphie dans le diagnostic des malformations congénitales.
Brit. J. Radiology. 1962 , 35 , 410 , 115-121.

62 - FRUHHOLZ A.

Quelques cas de dédoublement utérin avec grossesse.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1935 , 4 , 9 , 54 , 391.

63 - GABRIEL H. DELORME J.P. BERTIN-HUGAULT G.

Cerclage systématique du col associé à un traitement médical en cas
d'utérus bicorne.
XXVI° Congrès de Gyn-Obst. Lyon , 23-26 Mai 1976.

64 - GABRIEL H.

Décollement prématuré du placenta sur utérus double.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1963 , 15 , 5 , 519.

65 - GABRIEL H. SAINT-ARROMAN J. BROUSSARD P.

Du cerclage du col dans les malformations utérines.
Soc. Nat. Gyn. Obst. Fr. 1970 , 6 , 193-194.

66 - GAILLOT P.

Contributions à l'étude des bifidités de l'utérus.
Thèse , MONTPELLIER 1973.

67 - GANDAR R.

Anomalies du col et de l'isthme.
XXII° Assises Fr. de Gyn.
Masson Edit. 1964 , 337-360.

68 - GANIER G.

Les malformations utérines et leurs conséquences obstétricales.
Thèse , LYON 1972 , n°297.

69 - GARDEY G.

De l'hypoplasie utérine.
Thèse , MONTPELLIER 1973.

- 70 - GAUDEFROY R. EMPEREUR-BUISSON R.
Béance cervico-isthmique et incontinence fonctionnelle.
C.R. Soc. Fr. Gyn. 20-10-1975.
- 71 - GAUDEFROY R. VANHILLE F.
Résultats de l'isthmorrhaphie et du cerclage dans les béances cervico-isthmiques et les incontinenances fonctionnelles.
C.R. Soc. Fr. Gyn. 20-10-1975.
- 72 - GAVEL G.
Torsion d'un héli-utérus bicorne unicervical parfait. Plastie.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1969 , 21 , 4 , 410.
- 73 - GAVEL G. FETIS F.
Trois malformations utérines opérées.
Gyn. 1977 , 28 , 21.
- 74 - GENELL S. SJOVALL A.
L'opération de STRASSMANN ; résultats de 58 cas.
Acta Obst. Gyn. SCAND. 1959 , 38 , 477-486.
- 75 - GILLET J.Y.
Malformations génitales ; malformations urinaires associées.
Thèse , STRASBOURG 1965 , n°85.
- 76 - GILLET J.Y. LEVY G.
Cerclage isthmique par voie abdominale en dehors de la grossesse, par bandelette aponévrotique, pour avortement à répétition.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1970 , 16 , 5 , 132.
- 77 - GOULART de ANDRALE L.C.
Utérus bicorne à un seul col.
Rev. Gyn. Obst. 1955 , 1 , 6 , 308-314.
- 78 - GRANJON A. BOMMELAER M.
Avortements et malformations utérines.
Presse Med. 1949 , 57 , 41-42.

79 - GRANJON A. CHEVALLIER G.

Dystocies par malformation congénitale de l'utérus.

Enc. Med. Chir. , Obst. 3 , 1970 , 5061 A-10.

80 - GRANJON A. LOFFREDO V.

Problèmes thérapeutiques posés par les avortements à répétition.

Presse Med. 1961 , 69 , 43 , 1853-1855.

81 - GREISS F.C. MAUZY C.H.

Anomalies génitales de la femme.

Am. J. Obst. Gyn. 1961 , 82 , 2 , 330-339.

82 - GUILHEM M. BAUX R.

La phlébographie pelvienne par voie utérine.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1953 , 2 , 254-257.

83 - GUILLEMINET M. MICHON L.

Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles.

Gyn. Obst. 1924 , 10 , 154-181.

84 - HENZEL M.

Aspect pneumo-pelvigraphique des malformations de l'appareil génital de la femme.

Acta Rad. 1960 , 53 , 201-208.

85 - HORMANN K.

Malformations de l'utérus : stérilité et fertilité.

Zbl. Gynäk. 1944 , 2 , 118-125.

86 - HUNTER W.

Ligament vesico-rectal et utérus double.

J. Obst. Gyn. Brit. Emp. 1960 , 67 , 3 , 429-433.

87 - JARCHO J.

Malformations utérines ; embryologie , anatomie comparée , diagnostic , étude d'observations.

Am. J. Surg. 1946 , 71 , 106-116.

- 88 - JONES H.W. DELFTS M.D. JONES C.E.S.
Troubles de la reproduction en cas d'utérus double. Interêt de la plastie.
Am. J. Obst. Gyn. 1956 , 72 , 4 , 865-883.
- 89 - KELLER R.
Le radiodiagnostic en gynécologie.
Gyn. Obst. 1948 , 47 , 439-480.
- 90 - KESSE J.
Les utérus à éperon.
Bull. Soc. Roy. Bel. Gyn. Obst. 1961 , 31 , 1 , 15-26.
- 91 - LABRY R.
Bifidité utérine.
Lyon Chir. 1948 , 43 , 718.
- 92 - LACOMME M.
Reflexions sur le mécanisme des interruptions de grossesse en cas de
malformation utérine, et le rôle de la béance du col.
Maternité , 1962 , 11 , 1 , 10-18.
- 93 - LACOMME M. LE LORIER G.
Les béances cervico-isthmiques.
Progrès en Obstétrique , Flammarion Edit. 1970.
- 94 - LACOMME M. LE LORIER G.
A propos de 72 observations de cerclage du col.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1959 , 11 , 298.
- 95 - LACOMME M. PALMER R. LE LORIER G. KLEIN M.M.
A propos des accouchements prématurés habituels, 39 cas d'insuffisance
cervico-isthmique.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1959 , 11 , 374.
- 96 - LE LORIER G.
La coelioscopie gynécologique.
Sem. Hôp. 1951 , 5 , 215-219.

- 97 - LEROY B. LEFORT F.
A propos du poids et de la taille des nouveaux-nés.
Rev. Fr. Gyn. 1971 , 66 , 391.
- 98 - LUBCHENCO M.
Croissance intra-utérine.
Pediatrics , 1963 , 32 , 793.
- 99 - LYONNET R. GONNET J. ISMAEL M.
Quelques considérations à propos d'une statistique personnelle de
46 cerclages du col utérin.
Rev. Fr. Gyn. 1971 , 66 , 307-313.
- 100 - MAGENDIE J. BRUN G.
Avortements à répétition et utérus cloisonné.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1966 , 61 , 1 , 17-28.
- 101 - MAGNIN P.
Le cerclage du col , syndrome d'insuffisance du sphincter.
Lyon Med. 1959 , 51 , 21.
- 102 - MAGNIN P. GABRIEL H.
Les scléroses vasculaires de la caduque profonde.
Gyn. Obst. 1966 , 65 , 1 , 37-56.
- 103 - MAGNIN P. GUILLEMIN G. GAUTIER G.
Utérus double avec rein unique.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1960 , 12 , 1 , 64-66.
- 104 - MAGNIN P. NAUDIN E.P.
Radiodiagnostic Obstétrical.
Expansion Edit. Paris 1966.
- 105 - MARTI M.
Diagnostic de l'utérus bicorné ou de l'utérus arcuatus par radiologie
dans la présentation du siège à terme.
Gynecologia , 1963 , 155 , 3 , 183-188.

- 106 - MATHIEU J.
Bifidité utérine et chirurgie.
Lyon Chir. 1948 , 43 , 627.
- 107 - MATHIEU J. NOTTER A.
Utérus didelphe vrai. Hematocolpos unilatéral droit.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1952 , 3 , 288.
- 108 - MAYER M.
Etude artériographique (Plastie utérine type Strassmann après étude
artériographique. Grossesse et opération césarienne).
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1955 , 7 , 1 , 29-35.
- 109 - MONIE L.W. SIGURDSON L.A.
Classification des malformations utérines et vaginales.
Am. J. Obst. Gyn. 1950 , 59 , 696.
- 110 - MONTROYA L.E. FERNANDEZ-APARICIO M.A.
~~Parallele~~ entre hystérogaphie et coelioscopie lors d'un bilan de stérilité.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1977 , 4 , 305.
- 111 - MULLER P.
Malformations utérines et gravido-puerpéralité.
Rev. Prat. 1967 , 17 , 9 , 1215-1229.
- 112 - MULLER P.
Une manifestation mal connue de l'appareil génital féminin : l'utérus bicorné.
Sem. Hôp. Paris. 1966 , 42 , 32 , 2012-2015.
- 113 - MULLER P. et Coll.
Malformations congénitales des trompes et de l'utérus.
Enc. Med. Chir. Gyn. 1967 , 2 , 123 A-10.
- 114 - MULLER P. et Coll.
Les malformations associées génitales et urinaires chez la femme, et le
problème particulier posé par les utérus cloisonnés.
Gyn. Prat. 1968 , 19 , 6 , 453-479.

- 115 - MULLER P. et Coll.
Etude du haut-appareil urinaire chez les porteuses de malformations utérines.
Etude de 133 observations.
Presse Med. 1967 , 75 , 26 , 1227-1336.
- 116 - MUSSET R.
Nécessité d'une classification globale des malformations utérines.
Les malformations urinaires associées.
Gyn. Obst. 1967 , 66 , 2 , 145-166.
- 117 - MUSSET R.
Les utérus communicants.
Gyn. Prat. 1968 , 19 , 6 , 481-493.
- 118 - MUSSET R. BELAISCH J.
Les anomalies morphologiques congénitales de l'utérus.
XXII^e Assises Fr. Gyn.
Masson Edit. 1964 , 257-319.
- 119 - MUSSET R. MULLER P. NETTER A.
Rétention menstruelle par malformation du tractus génital.
Cahiers Med. Lyon. 1974 , 50 , 16 , 1367-1378.
Rev. Gyn. Obst. 1971 , 70 , 529.
- 120 - MUSSET R. POITOUT P. VIRNOUD R.
Etat du haut appareil chez les porteuses de malformations utérines.
Presse Med. 1967 , 75 , 1227-1232.
- 121 - NEIDHARDT J.
Aspects anatomiques et cliniques de certaines bifidités génitales.
Lyon Med. 1966 , 98 , 7 , 413-424.
- 122 - NEUMANN E. BERNARDIN D.
La place du cerclage du col dans le traitement des béances cervico-isthmiques
à propos de 55 observations.
Gyn. Obst. 1963 , 62 , 355.
- 123 - OMBREDANNE L. MARTIN A.
Les utérus doubles.
Rev. Gyn. Chir. Abd. 1903 , 10 , 12 , 959.

- 124 - PALAYER C.
Les hystéropplasties de BRET et PALMER.
Thèse , Lyon 1974.
- 125 - PALAYER C.
Les bifidités utérines.
Communication aux journées lyonn. Gyn. Obst. Sept. 1976.
Cah. Med. 1977 , 2 , 38 , 2205-2206.
- 126 - PALMER R.
L'avortement habituel, à la lumière de l'hystéroggraphie manométrique
en phase lutéale.
Bull. Soc. Roy. Bel. Gyn. Obst. 1950 , 20 , 1 , 4-12.
- 127 - PALMER R.
Le cerclage du col dans les avortements à répétition par béance
de l'isthme.
Mem. Ac. Chir. 1957 , 83 , 829.
- 128 - PALMER R.
A propos de 81 cas d'opération pour avortement à répétition par
béance de l'isthme.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1961 , 13 , 328.
- 129 - PALMER R. LACOMME M.
La béance de l'orifice interne, cause d'avortements à répétition.
Gyn. Obst. 1948, 47 , 6 , 905.
- 130 - PALMER R. ROBEL V.
Conception actuelle du mécanisme de production des avortements
à répétition.
Vie Med. 1961 , 42 , 457-460.
- 131 - PIANA L. LOUIS R. BOSSI G.
Existence d'un ligament recto-vésical entre les deux portions d'un
utérus bicorne unicervical.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1965 , 17 , 5 , 504-507.

- 132 - PIGEAUD H.
Essai de mise au point générale de la question des avortements
à répétition.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1962 , 14 , 2 , 93-98.
- 133 - PLISSON R.
A propos de la classification des malformations utérines.
Thèse , Paris 1964.
- 134 - POIZAT G.
Complications obstétricales des malformations utérines.
Rev. Med. Liège , 1970 , 25 , 23 , 763-764.
- 135 - PYE M. ECOIFFIN J.
La phlébo-hystéro-salpingographie.
C.R. Soc. Fr. Gyn. 1963 , 33 , 603-612.
- 135'- RAMEE A. MENMON J.E. DUVAL J.M.
Malformations utérines.
E.P.U. Soc. Fr. Rad. Med. 16-18 Nov. 1977 , Paris.
- 136 - RAVINA J.H.
Avortements par anomalies utérines.
Rev. Prat. 1970 , 20 , 26 , 4143-4150.
- 137 - REVAZ M.
Malformations utérines et accouchement.
Gynaec. 1968 , 1 , 65 , 375.
- 138 - REYNOLDS M.
Determinants of uterine growth and activity.
Physiol. Rev. 1951 , 31 , 244-273.
- 139 - ROBERT H.G.
Le rôle des facteurs anatomiques dans le déterminisme des avortements
habituels.
Bull. Fed. Soc. Obst. Gyn. Fr. 1962 , 14 , 2 , 99-105.

140 - ROBINET G. PIA C. EZES H.

Un cas de superfoetation dans un utérus bicorné.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1970 , 22 , 4 , 451.

141 - ROCHET Y. COURTIEU G. CIBERT J.

Rupture au 5° mois d'un hemi-utérus accessoire gravide sans communication avec l'utérus principal.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1961 , 13 , 1 , 54-56.

142 - ROCHET Y. GAGNAIRE J.C. CHAVRIER F.

Notre expérience des rétentions menstruelles unilatérales sur un utérus double.

Gyn. 1974 , 25 , 3 , 281-287.

143 - ROMAN C. LABAEYE M.

Les malformations utérines.

XXII° Assises de Gynécologie.

Masson Edit. 1964 , 367.

144 - SALA F. TELLINI P.

La métroplastie d'après Strassmann.

Am. J. Obst. Gyn. 1962 , 84 , 390-396.

145 - SEMMENS J.P.

Anomalies congénitales du tractus génital de la femme.

Obst. Gyn. 1962 , 19 , 328-350.

146 - SERMENT M. BROCHERY P.C. GAUJOUX J. VALERE M. PORTO R.

Béance de l'isthme, à propos de 85 observations.

Rev. Fr. Gyn. 1969 , 64 , 509-514.

147 - SOFERMANN-GLIK I.

Contribution à l'étude du cerclage du col.

Rev. Fr. Gyn. Obst. 1965 , 2 , 48.

148 - SOLAL R. VITTOZ-MEYNARD Y.

Discordance entre aspect hystérogaphique et coelioscopie en cas de malformation.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1966 , 6 , 441.

149 - SOUTOUL J.M. BERGER C. ROBICHON A.

Hémi-hystérectomie pour pré-rupture au cours d'une grossesse de trois mois dans un utérus bicorne unicervical parfait.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1969 , 21 , 1 , 78-80.

150 - SOUTOUL J.M. BERGER C. GALLIERI M. LISKA G. JAUTROU C.

Résultats des cerclages pour insuffisance cervico-isthmique.

A propos de 90 observations.

Rev. Fr. Gyn. 1975 , 70 , 1 , 12.

151 - TAKACS H.C.

Utérus double et grossesse.

Zbl. Gynäk. 1973 , 95 , 13 , 440-443.

152 - TAURELLE R. BOUVET F. JAUPART F. BAUWENS C.

La grossesse chez les cardiaques.

Gyn. Obst. 1977 , 6 , 8 , 1101-1122.

153 - TAYLOR H.C.

Utérus double et grossesse.

Am. J. Obst. Gyn. 1943 , 46 , 388-395.

153'- TE LINDE M.

Surgery of the double uterus.

OPER. Gynec. 1953 , 346.

154 - THOULON J.M.

Grossesse dans une corne utérine droite praevia ; césarienne.

Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 1965 , 17 , 462.

155 - TINANT M.

Complications gynécologiques des malformations utérines.

Rev. Med. Liège , 1970 , 25 , 23 , 765-766.

156 - VIRNOUD A.J.C.

Interêt de la détermination exacte d'une malformation utérine pour
dépistage d'une malformation associée du haut appareil urinaire.

Gyn. Obst. 1967 , 66 , 2 , 175-188.

157 - VITSE M. BOULANGER J.C.

Grossesse et accouchement dans les utérus malformés.

C.R. Soc. Nat. Gyn. Obst. 1976 , 19 , 4 . (Gyn. - Obst.)

158 - VITSE M. et Coll.

Accouchement et malformation utérine.

Rev. Fr. Gyn. 1973 , 68 , 7 , 483-491.

TABLES

INTRODUCTION	1
BASES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES	2
COMPORTEMENT OBSTETRICAL	22
Circonstances de découverte	
Comportement obstétrical habituel	
Association pathologique	
Comportement post-chirurgical	
COMPORTEMENT GYNECOLOGIQUE	45
BILAN PARA-CLINIQUE	47
TRAITEMENT	59
OBSERVATIONS	65
COLLECTION DES RESULTATS	101
SYNTHESE DES RESULTATS	117
CONDUITE ACTUELLE	127
CONCLUSIONS	131
BIBLIOGRAPHIE	134

